चित्रकूट धाम मण्डल में सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सा अधिकारियों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों का समाजशास्त्रीय अध्ययन

बुन्देलखण्ड विश्वविद्यालय, झांसी

की

पी-एच०डी० (समाजशास्त्र) उपाधि

हेतु प्रस्तुत

शोध प्रबन्ध

2008

शोध निर्देशक

डॉ. पी.सी. तायल

एम०ए०.पी-एच०डी०

रीडर एवं विभागाध्यक्ष समाजशास्त्र विभाग,

विवेकानन्द ग्रामोद्योग पी.जी. कॉलेज

दिबियापुर, औरया (उ.प्र.)

सह-शोध निर्देशक

डॉ. एस.एस. गुप्ता

एम०ए०पी-एच०डी०

रीडर एवं विभागाध्यक्ष समाजशास्त्र विभाग,

पं. जवाहर लाल नेहरू पी.जी. कॉलेज

बाँदा (उ.प्र.)

शोधार्थिनी

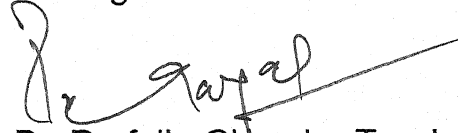
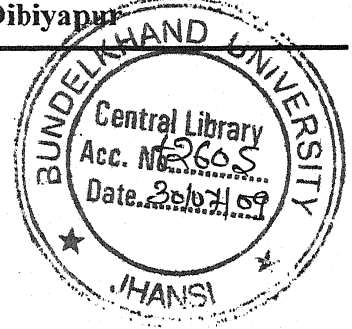
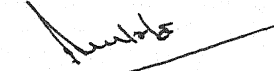
श्रीमती अन्जू शिवहरे

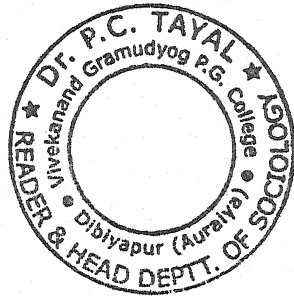
शोध केन्द्र: पं० जवाहर लाल नेहरू परास्नातक महाविद्यालय, बाँदा, उ०प्र०

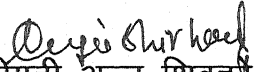
VIVEKANAND GRAMODYOG P.G. COLLEGE

DIBIYAPUR, AURAIYA (U.P.)

Dr. Prafulla Chandra Tayal
M.A.(Sociology), Ph.D.
Reader & Head
Department of Sociology

Ph: (0) 05683-282459
(R) 05683-282579
Mobile: 09412486985
Resi: **Neh-Need,** Professor's Coloney
Dibiyapur

CERTIFICATE

It is certified that Mrs. Anju Shivhare has worked for Ph.D. thesis on the topic " चित्रकूट धाम मण्डल में सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सा अधिकारियों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों का समाजशास्त्रीय अध्ययन " under our supervision with her attendance for two hundred days. This research study is her original work.

Date 20.4.8

Dr. Prafulla Chandra Tayal
Supervisor

Dr. Shiv Sharan Gupta
Co-Supervisor
Reader & Head, Deptt. of Sociology
Pt.J.N.P.G.College, Banda (U.P.)

घोषणा—पत्र

मैं अन्जू शिवहरे, घोषणा करती हूँ कि समाजशास्त्र विषय के अन्तर्गत चित्रकूट धाम मण्डल में सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सा अधिकारियों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों का समाजशास्त्रीय अध्ययन विद्या वाचस्पति (पी—एच0डी0) उपाधि हेतु यह शोध प्रबन्ध मेरी स्वयं की मौलिक रचना है। इसके पूर्व यह शोध कार्य किसी अन्य के द्वारा कहीं भी प्रस्तुत नहीं किया गया है।

अपना यह शोध कार्य मैने, अपने परम पूज्यनीय शोध निर्देशक डॉ0 पी0सी0 तायल, रीडर एवं विभागाध्यक्ष, समाजशास्त्र विभाग, विवेकानन्द ग्रामोद्योग पी0 जी0 कॉलेज, दिबियापुर, औरैया एवं परम आदरणीय डॉ0 एस0एस0गुप्ता, रीडर एवं विभागाध्यक्ष, समाजशास्त्र विभाग, पं0 जवाहर लाल नेहरू पी0जी0 कॉलेज बाँदा के सह—निर्देशन में किया है।

दिनांक

श्रीमती अन्जू शिवहरे

एम0ए0(समाजशास्त्र),एल0एल0बी0

आभार

भारत प्राचीन समय से विश्व गुरू के पद पर आसीन रहा है । हमारा प्राचीन साहित्य एवं उस पर आधारित समस्त दर्शनों में ज्ञान के स्वरूप और ज्ञान प्राप्ति के साधनों पर विशेष रूप से प्रकाश डाला है। मेरा अहोभाग्य है जो संसार के सर्वोच्च विचारों की भूमि में जन्म लेने का अवसर प्राप्त हुआ।

प्रस्तुत अनुसंधान को पूरा कराने का संपूर्ण श्रेय विवेकानन्द ग्रामोद्योग पी0जी0 कॉलेज के समाजशास्त्र विभाग में रीडर एवं विभागाध्यक्ष पद पर कार्यरत तथा मेरे शोध निर्देशक पूज्य डॉ0 पी0सी0 तायल को है जिनकी मैं आजीवन ऋणी रहूंगी। डॉ0 तायल ने चिकित्सा समाजशास्त्र जैसे गंभीर विषय में अपने चिन्तन के द्वारा समाजिकता का जो स्वरूप प्रस्तुत किया है वह शोधार्थिनी के लिए एक मार्गदर्शन के रूप में सामने आया है। आदरणीय डॉ0 तायल की मैं हृदय से आभारी हूँ जिन्होंने प्रारम्भ से अन्त तक कार्य को पूर्ण कराने में मेरा पथ–प्रदर्शन किया।

पं0 जवाहर लाल नेहरू पी0जी0 कॉलेज, बाँदा में समाजशास्त्र विभाग के विभागाध्यक्ष, उदार व्यक्तित्व एवं मानवता के संरक्षक तथा सह–शोध निर्देशक डॉ एस0एस0गुप्ता, के प्रति मैं सदैव आभारी रहूँगी, जिन्होंने मेरी रूचि को भांपकर अनुसंधान के शीर्षक प्रणयन से लेकर अन्त तक मेरा पथ–प्रदर्शन किया।

जिला परिषद कृषि महाविद्यालय, बाँदा के प्राचार्य एवं बुन्देलखण्ड समाजशास्त्र परिषद के अध्यक्ष आदरणीय डॉ0 जसवन्त प्रसाद नाग की मै हृदय से आभारी रहूंगी जो मेरे मस्तिष्क पटल पर आने वाली प्रत्येक समाजशास्त्रीय समस्या का समाधान समय–समय पर अपने बहुमूल्य समय का परित्याग कर, करते रहे है।

मैं आभारी हूँ जिला शिक्षण एवं प्रशिक्षण संस्थान बाँदा में कार्यरत प्रवक्ता डॉ0

राजेश कुमार पाल की जिन्होंने चिकित्सा समाजशास्त्र के अन्तर्गत प्रस्तुत शोध – ग्रन्थ में अपना विशेष योगदान प्रदान किया हैं।

साथ ही साथ मैं आभारी हूँ डॉ0 फारूक सिद्दीकी, डा0 अलखनारायन एवं महमूदुल हसन की जिन्होंने इस शोध कार्य में महती सहायता प्रदान की है।

मैं विशेष आभारी रहूँगी समस्त चिकित्सा अधिकारी एवं मरीज उत्तरदाताओं की जिन्होंने समुचित उत्तर देकर शोध कार्य को सफल बनाया ।

अन्त में मैं उन सभी महानुभावों के प्रति आभार ज्ञापित करती हूँ जिन्होंने विभिन्न प्रकार के श्रोतों, सूचनाओं का संकलन कराने में एवं इस कार्य को व्यवस्थित रुप प्रदान करने में प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष सहयोग दिया है।

प्रस्तुत अनुसंधान चिकित्सा समाजशास्त्र के किसी भी पठन की संपुष्टि कर सके तो मैं अपना श्रम साध्य समझूंगी।

स्थान – न्यू मार्किट बांदा

उत्तर प्रदेश 210001

विनयावत

श्रीमती अन्जू शिवहरे

सारिणी—सूची

विषय सूची

अध्याय प्रथम

प्रस्तावना

- अध्ययन पद्धति
- भारत में चिकित्सा समाजशास्त्र का विकास
- चिकित्सा समाजशास्त्र के अध्ययन हेतु प्रमुख उपागम
- स्वास्थ्य समस्याओं के प्रत्यक्ष कारक
- स्वास्थ्य समस्याओं के अप्रत्यक्ष कारक
- बुन्देलखण्ड का संक्षिप्त इतिहास

अध्याय – प्रथम

प्रस्तावना

समाजशास्त्र सामाजिक जीवन के विभिन्न आयामों के अध्ययन एवं विश्लेषण की अपेक्षाकृत नवीन विद्या है। समाजशास्त्र की अनेक शाखाओं में एक प्रमुख शाखा है जो लगभग 20वें दशक में ही अपने पांव जमाने लगी, **चिकित्सा समाजशास्त्र (Medical Sociology)** के नाम से जानी जाती है। इसमें कोई संदेह नहीं है कि रोग तथा स्वास्थ्य में जहाँ शारीरिक विशेषता महत्वपूर्ण है वहीं उसमें सांस्कृतिक एवं सामजिक वास्तविकता भी पाई जाती है। रोग की उत्पत्ति की प्रक्रिया यद्यपि प्राकृतिक एवं शारीरिक हो सकती है किन्तु उसके प्रसार अथवा फैलाव में एवं व्यक्ति की रोगग्रस्तता की स्थिति में उसके आसपास का सांस्कृतिक एवं सामजिक वातावरण निश्चित रूप से जुड़ा होता है। इसलिए रोगग्रस्तता जहाँ एक ओर शारीरिक कमजोरी, काम करने की क्षमता में क्षीणता, शारीरिक पीड़ा और कष्ट को तो जन्म देती ही है पर उसके साथ ही यह व्यक्तियों के सामाजिक व्यवहार एवं उसकी भूमिका पूर्ति को भी प्रभावित करती है जिसके फलस्वरूप व्यक्तिगत, सामुदायिक सामाजिक एवं संस्थागत हितों को क्षति पहुँचती है अथवा पहुँचने की संभावना रहती है। रोग और स्वास्थ्य का सम्बन्ध व्यक्ति के लिए जन्म से ही जुड़ जाता है। ऐतिहासिक परिप्रेक्ष्य में यदि हम उसे देखने का प्रयास करें तो हमें ज्ञात होगा कि सम्भवतः धरती पर मनुष्य का प्रथम अवतरण एवं तब से लेकर अब तक की उद्‌विकासीय अवस्था के विभिन्न काल से लेकर वर्तमान समय तक रोग एवं स्वास्थ्य मनुष्य के साथी रहे हैं। यद्यपि धीरे–धीरे उसकी अनुभवगत चेतना ने उसमें रोग एवं स्वास्थ्य की पहचान तथा रोग उपचार के उपक्रम ढूढने की क्षमता उत्पन्न की है।

रोगों का प्रारम्भिक सिद्धान्त जादुई, आध्यात्मिक, प्राकृतिक एवं धार्मिक था जो

आज भी किसी न किसी रूप में लगभग प्रत्येक समाज में दृष्टिगत होता है। रोगों के निदान की आरम्भिक अवधारणा बुराइयों, शरीर द्वारा किए गए गलत कार्यो एवं आध्यात्मिक आत्माओं के उत्पीड़न से सम्बन्धित थी और इन्हें दूर करने के रूप में प्रारम्भिक समाज में पुरोहितों, पंडों, पुजारियों, ओझाओं तथा जादूगरों आदि को ही सक्षम माना जाता था। इस प्रकार शारीरिक व्याधियों से छुटकारा दिलाना सामान्य व्यक्ति के लिए संभव नहीं था। रोगों के निदान हेतु धार्मिक क्रिया–कलाप, विभिन्न रीति–रिवाज, संस्कार तथा झाड़–फूंक इत्यादि उपायों को उपयुक्त माना जाता था। प्राकृतिक चिकित्सा के रूप में उपलब्ध चिकित्सा व्यवस्था वस्तुतः धार्मिक चिकित्सा का ही एक स्वरूप है।

औद्योगिक क्रान्ति के प्रारम्भ में तथा औद्योगीकरण, नगरीकरण ईसाई धर्म के व्यापक विकास एवं विस्तार के परिणामस्वरूप लोगों का विश्वास एवं आस्था परम्पराओं, रूढियों, लोक–रीतियों आदि से हटता गया एवं तर्क संगत युक्तियों की ओर बढ़ता गया। जैसे–जैसे जैवकीय विज्ञानों का विकास होता गया चिकित्सा विज्ञान व्यवहारिक विज्ञान के रूप में द्रुत गति से विकसित होता गया। इसके अन्दर कार्यरत चिकित्सकों की प्रस्थिति व्यवसायिक होने लगी। जीव विज्ञान एवं उससे सम्बन्धित अन्य शाखाओं में सिद्धान्तों की सत्यापनशीलता प्रयोगशाला में की जाने लगी एवं उससे सम्बन्धित अनेक वैज्ञानिक अनुसंधान होने लगे। परिणामस्वरूप चिकित्सकों में रोगों के प्रति विशिष्टीकरण अवधारणा का विकास हुआ जिसका आज परिष्कृत रूप देखने को मिलता है। इस विशिष्टीकरण के कारण प्रस्थिति एवं भूमिका की संकुलता का विकास हुआ।[1]

चिकित्सा के समाजशास्त्र के विकास के दूसरे चरण में चिकित्सक एवं रोगी के अन्तर्सम्बन्धों का संविभाजन है । आज रोगियों की चिकित्सा परिवार में न होकर

---

1. Srivastava, A.L, Synopsis of Medical Sociology, Page. 2

चिकित्सक के कक्ष या चिकित्सालय में होने लगी है। चिकित्सा के प्रौद्योगिक एवं चिकित्सा सम्बन्धी उपकरणों के विकास के कारण अधिकतम योग्य एवं केन्द्रीभूत परिवेश का विकास हुआ जिसके फलस्वरूप चिकित्सालय का महत्व उत्तरोत्तर बढ़ता गया। आज चिकित्सालय के विकास में इस बात पर विशेष ध्यान दिया जाता है कि उसमें आधुनिकतम सुविधाएं उपलब्ध हों जिससे जनसाधारण के रोगों का निदान उचित रूप से किया जा सके।

चिकित्सा समाजशास्त्र के विकास के प्रमुख चरणों में से एक चरण व्यवहारवादी विज्ञान विशेषकर समाज विज्ञान का प्रक्षेपण है जिसके महत्व एवं आवश्यकता को आज चिकित्सा समाजशास्त्री भी स्वीकार कर रहे हैं। आज 'प्रकार्यात्मक रोग' की अवधारणा भी विकसित हो रही है जिसका आधार केवल दैहिक आधार पर ही नहीं वरन् रोग के सांवेगिक तथा पर्यावरण के पक्ष पर भी आधारित है। आज रोगों के निदान में सामाजिक, सांस्कृतिक एवं मनोवैज्ञानिक पक्षों पर बल दिया जाने लगा है। वे चिकित्सक जो समाजशास्त्र से अवगत नहीं है, रोगियों के रोगों के उपयुक्त निदान एवं उपचार में स्वयं को समर्थ नहीं पाते।

रोग की मनः शारीरिक अवधारणा, जीवन की परिस्थितियों तथा तनावपूर्ण जीवन के मनोवैज्ञानिक प्रतिक्रियाओं को महत्व देती है। रोग की सावयवी निदानात्मक अवधारणा के साथ उसके मनोवैज्ञानिक उन्मेषों पर भी बल दिया जाने लगा है। जीवन की उन तनावपूर्ण स्थितियों का अध्ययन समाज वैज्ञानिक, सांस्कृतिक तथा समाज मनोवैज्ञानिक दृष्टिकोण से किया जाने लगा है। आज इसी का परिणाम है कि चिकित्सक केवल रोग के जैविकीय कुसंभजन का अध्ययन नहीं करता वरन् उसकी सामाजिक – सांस्कृतिक पृष्ठभूमि का भी अध्ययन करता है जिससे रोग का जड़ से निदान हो सके। यद्यपि चिकित्सा समाजशास्त्र का सर्वत्र विकास नहीं हो पाया है तथापि संयुक्तराज्य अमेरिका इस क्षेत्र में अग्रणी राज्य है।

सामाजिक विज्ञानों के परिवार में यद्यपि समाजशास्त्र अपेक्षाकृत ज्ञान की एक नई विद्या है एवं यह अभी शैशवास्था में ही है। परिभाषिक जगत में समाजशास्त्र की कोई एक सर्वमान्य परिभाषा नहीं दी जा सकती लेकिन फिर भी समाजशास्त्र का प्रमुख परिप्रेक्ष्य सामाजिक जीवन में पाये जाने वाले विभिन्न सामाजिक सम्बन्धों एवं सामाजिक व्यवहारों के अध्ययन एवं विश्लेषण से है। ठीक इसी प्रकार यह कहा जा सकता है कि मोटे तौर पर चिकित्सा समाजशास्त्र का सम्बन्ध चिकित्सा सम्बन्धी समस्याओं का समाजशास्त्रीय अध्ययन है।

Giri Raj Gupta ने लिखा है कि समाजशास्त्र मानव अन्तःक्रिया, मानव समूहों के सामाजिक विन्यास तथा व्यक्तियों की क्रियाओं के प्रकट एवं अप्रकट प्रकार्यों का अध्ययन है। चिकित्सा, मानव क्षति तथा दुःख रोग की रोकथाम और निदान के लिए तकनीको और ज्ञान की प्रयुक्ति है। इसे स्पष्ट एवं विश्लेषित करने के उद्देश्य से यह कहा जा सकता है कि समाजशास्त्र का सम्बन्ध मनुष्यों में होने वाली अन्तः क्रियाओं एवं उनके समयों के सामाजिक स्वरूपों तथ व्यक्तियों की क्रियाओं के प्रकट एवं अप्रकट प्रकार्यों के अध्ययन से है, वहीं चिकित्सा समाजशास्त्र का सम्बन्ध मानव की शारीरिक क्षति तथा उसके दुःख की रोकथाम और निदान के लए प्रयुक्त तकनीकों एवं ज्ञान आदि की प्रयुक्ति से है।[1]

Minoco Macanouitch ने लिखा है कि समाजशास्त्र की परिभाषा करते हुए कहा जा सकता है कि यह समाज, सामाजिक संस्थाओं, सामाजिक सम्बन्धों, संरचना अन्तःक्रिया और सामूहिक व्यवहार के व्यवस्थित अध्ययन का विज्ञान है। औषधि **(Medicine)** की परिभाषा करते हुए **Moconouitch** लिखते हैं कि यह स्वास्थ्य के रख–रखाव तथा रोग की रोकथाम, निराकरण एवं निदान का विज्ञान और कला है।[2]

Robert Strauss ने लिखा है कि 'चिकित्सा समाजशास्त्र' समाजशास्त्र की वह

---

1. Gupta, Giriraj, Main Currents in Indian Sociology, Vol-IV, Page. 13
2. Macanouitch, Minoco : Medical Sociology, 1980 Page. 1

शाखा है जिसके अन्तर्गत संज्ञानात्मक संरचना का अध्ययन भूमिका सम्बन्ध मूल्य व्यवस्था, धार्मिक कृत्य, व्यवहार में व्यवस्थाओं के रूप मे औषधि विज्ञान का प्रकार्य आदि का अध्ययन किया जाता है। [1]

Oswald Hall ने लिखा है कि चिकित्सा समाजशास्त्र का समाजशास्त्र के लिए कोई विशेष महत्व नहीं है। चिकित्सा समाजशास्त्र की समस्याओं पर समाज वैज्ञानिक विश्लेषण सामाजिक संगठन के सामान्य प्रारुपों पर प्रकाश डालता है।[2]

B.K.Lavania ने लिखा है कि "समाजशास्त्र को तो हम इन परिभाषाओं से समझते हुए कह सकते हैं कि यह समाज और सामाजिक व्यक्ति की समस्त सामजिक कृतियों एवं अन्तःक्रियाओं का व्यवस्थित अध्ययन है किन्तु औषधि (Medicine) को सम्पूर्ण रूप मे समझने के लिए यह जानना पड़ेगा कि अपने विस्तृत अर्थ में जिसमें अनेक बातें आती हैं जैसे रोग का अर्थ, प्रकृति, कारण, विस्तार और व्याख्या, निदान का ज्ञान, श्रोत, स्वास्थ्य तकनीक, उपचार के ढंग, सहायक आवश्यकताएँ, औषधियाँ एवं उनकी प्रकृति, उपचार तथा सेवा संगठन, कार्मिक प्रबंध तथा विषय अनुसंधान और अन्ततः उपरोक्त सभी के सम्बन्ध में तार्किक निर्णय जिनकी क्रियान्विति का मूल्यांकन करते हुए नीति निर्धारण आवश्यकता तथा प्रासंगिकता के आधार पर किया जाता रहे।"[3]

उपरोक्त विवरण से स्पष्ट है कि स्वास्थ्य का रोग और उसके कारण, स्वरूप तथा विस्तार से सम्बन्ध है तथा रोग की कारणात्मक व्याख्या, रोकथाम और निदान का सम्बन्ध स्वास्थ्य के रख रखाव से है। स्वास्थ्य एवं रोग एक ही सिक्के के दो पक्ष है। इस उदाहरण को सामाजिक जीवन के किसी भी परिवेश मे उतारा जा सकता है। जैसे–पारिवारिक संगठन के कारक उसके रख – रखाव के लिए उपयोगी हैं किन्तु वह कारक जो इस संगठन को चुनौती देकर विघटित करते हैं उन्हें भी उसी प्रकार से जानना आवश्यक है। इसी क्रम में यह भी कहा जा सकता है कि जहां समाजशास्त्र को

1. Strauss, Robert : The Nature and Status of Medical Sociology, 1975, Page 200-204
2. Hall, Oswald : Sociological Research in the Field of Medicine, 1951, Page 30-40
3. Lavania, B.K.Sociology of Health, Vol III, Page 104-105

सामाजिक अनुकरणता (Social Conformity) का अध्ययन करना चाहिए वहीं उस पर आघात करने वाले सामाजिक विचलन (Social Deviance) का भी अध्ययन करना चाहिए।

चिकित्सा समाजशास्त्र का क्षेत्र मूलतः सैद्धान्तिक आधार की अपेक्षा व्यवहारिक पक्ष पर अधिक प्रकाश डालता है। चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र मे प्रमुख रूप से चिकित्सा के सामाजिक संगठन, सामाजिक नियंत्रण, विचलनकारी व्यवहार आदि को रखा जा सकता है। कुछ विद्वानो का मानना है कि चिकित्सा समाजशास्त्र को पूर्णतः चिकित्सा शास्त्र पर ही ध्यान केन्द्रित करना चाहिए। चिकित्सा शास्त्र मे चिकित्सकीय परिवेश, स्वास्थ्य, बीमारी आदि से सम्बन्धित घटनाओं के अध्ययन एवं विश्लेषण पर ध्यान दिया जाता है। दूसरी ओर कुछ विद्वान जो मूलतः समाज वैज्ञानिक है वे चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र मे व्यक्ति की रोग से सम्बन्धित समस्याओं एवं उसके निदान का विस्तृत अध्ययन एवं विश्लेषण करते है तथा साथ ही अच्छे स्वास्थ्य क लिए उपलब्ध विभिन्न साधनो की समीक्षा भी की जाती है।

Robert Starauss[1] ने चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को दो भागो मे विभक्त किया है –

1. चिकित्सा में समाजशास्त्र
2. चिकित्सा का समाजशास्त्र

Candal and Reader[2] ने उपरोक्त दोनो बिन्दुओं की विस्तार से चर्चा की है जो निम्नवत हैं –

1. चिकित्सा में समाजशास्त्र के अन्तर्गत **Candal and Reader** ने निम्न बिन्दुओं को रखा है :–

---

1. Starauss, Robert, The Nature and Status of Medical Sociology, Page 200-204
2. Candal and Reader : Contribution of Sociology of Medicine : Handbood of Medical Sociology, Page 4-25

क. परिस्थिति विज्ञान तथा रोग का कारणशास्त्र

ख. स्वास्थ्य एवं रोग ग्रस्तता के विषय में अभिरूचि एवं व्यवहार

2. चिकित्सा का समाजशास्त्र के अन्तर्गत **Candal and Reader** ने निम्न पांच बिन्दुओ को सम्मिलित किया है –

क. चिकित्सकों की भर्ती

ख. चिकित्सकों का प्रशिक्षण

ग. भूमिका समुच्चय (रोल सेट) मे चिकित्सकों के दूसरों से सम्बन्ध

घ. चिकित्सा संगठन–अस्पतालों का उदाहरण

ड. सामुदायिक स्वास्थ्य का विकास

इस प्रकार इस विश्लेषण में **Candal and Reader** ने समाजशास्त्र, चिकित्सा एवं रोग के पारस्परिक सम्बन्धों को ही चिकित्सा समाजशास्त्र का क्षेत्र माना है।

Talcott Parsons[1] ने रोग व्यवहार को एक प्रकार से असामान्य व्यवहार मान कर उसके निम्न पक्षों का उल्लेख किया है –

क. रोगी उन उत्तरदायित्वो से बचता है जो उसकी दशा को और उत्तेजित कर सकते है।

ख. वह इस विचार को स्वीकार करता है कि उसे सहायता की आवश्यकता है।

ग. वह ठीक होना चाहता है तथा

घ. वह योग्य विशेषज्ञ की सहायता से ठीक होना चाहता है।

David Mechanic[2] ने चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को अधिक विस्तार से प्रस्तुत किया है। उनके अनुसार निम्नांकित बिन्दुओं को चिकित्सा समाजशास्त्र मे सम्मिलित किया जाना चाहिए।

1. रोग का वितरण एवं कारणशास्त्र

---

1. Parsons, Talcott : The Social System, 1951. Page 172-174
2. Mechanic, David, Medical Sociology, Page 03-14

2. स्वास्थ्य एवं रोगग्रस्तता के प्रति सांस्कृतिक एवं सामाजिक प्रतिक्रिया
3. चिकित्सा सेवा के सामाजिक सांस्कृतिक पक्ष
4. मर्त्यता
5. चिकित्सा कार्य संगठन
6. अस्पताल का समाजशास्त्र
7. समुदाय स्वास्थ्य संगठन
8. सामाजिक परिवर्तन एवं स्वास्थ्य रक्षा
9. चिकित्सा शिक्षा
10. जन–स्वास्थ्य
11. तनाव, रोग तथा इनका सामना करना
12. सामाजिक व्यवहार के परिवर्तन हेतु नई तकनीकें
13 सामाजिक एवं सामुदायिक मनोचिकित्सा
14. वैधानिक एवं नैतिक विचार विषय
15. स्वास्थ्य नीति और राजनीति

उपर्युक्त विवरण से स्पष्ट है कि चिकित्सा समाजशास्त्र संगठनात्मक संरचना, भूमिका सम्बन्ध, मूल्य व्यवस्था, संस्कार, रीति रिवाज, औषधि के प्रकार्यात्मक पक्ष आदि का अध्ययन करता है जो व्यावहारिक समाज वैज्ञानिकों के अध्ययन का मूल क्षेत्र है।

अधिकांशतः समाज वैज्ञानिकों को औषधि विज्ञान के क्षेत्र के बहुत से साज–सामान का अपहरण करना पड़ता है। चिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र का कुछ साज सामान (अवधारणा, विधियां, उपागम आदि) तो समाज वैज्ञानिकों के प्रवेश हेतु उपयुक्त होता है, परन्तु उस क्षेत्र के कार्यो की अपरिपक्व कुशलता एवं दक्षता के कारण कभी – कभी पृथकता का भी बोध होता है। परिणामस्वरूप समाज वैज्ञानिक अपनी आत्मीयता तो खोता है साथ ही साथ अपने विषय की अविरल धारा से भी स्वयं को दूर पाता है। इन

परिस्थितियों को ध्यान में रखते हुए बहुत से तर्क आते हैं। उनमें से प्रथम तर्क यह है कि औषधि के क्षेत्र मे न्यून अनुमोदन एवं आवेष्टन प्रमाणिक समाज, वैज्ञानिक कार्य के पूर्व की स्थिति के लिए आवश्यक है। द्वितीय प्रकार का तर्क यह है कि औषधि विज्ञान से परे के लोग यदि अपने अनुसंधानो से इसे लाभान्वित करना चाहते हैं तो उन्हें इसका गहराई से अध्ययन करना होगा। तृतीय तर्क यह है कि समाज वैज्ञानिक प्रत्येक प्रकार की समस्याओं को किसी न किसी रूप मे अपने विषय से सम्बन्धित कर लेते है और अपने विषय वस्तु के कलेवर से सजाने लगते हैं। चतुर्थ तर्क यह है कि चिकित्सा क्षेत्र से सम्बन्धित अर्न्तदृष्टि एवं ज्ञान उपार्जित हो।

यद्यपि अधिकांश समाज वैज्ञानिक उपर्युक्त तर्को से अपनी सहमति रखते हैं और अपनी समस्याओं के समाधान के निमित्त निरीक्षण आदि पद्वतियों पर बल देते हैं तथापि समस्याओं के निवारण में वस्तुनिष्ठता एवं वैज्ञानिकता के अभाव के कारण समस्याओं का उचित समाधान नहीं हो पाता। यह दोष केवल समाज विज्ञान का ही नहीं, अपितु सभी सामाजिक विज्ञानों का है।

वैषयिकता का दोष समाज विज्ञान में होने के साथ–साथ व्यक्ति विशेष के रूप में समाज में भी है। यदि एक चिकित्सा समाज वैज्ञानिक प्रशासक या सलाहकर्ता के रूप में किसी चिकित्सा संस्थान या चिकित्सालय में अपनी भूमिका व्यक्त करता है तो वह एक समाज वैज्ञानिक के रूप में अपनी आत्मीयता नष्ट करता है। उसी प्रकार एक समाज वैज्ञानिक अपने अनुसंधानो के माध्यम से चिकित्सा के क्षेत्र मे कुछ महत्वपूर्ण योगदान दे सकता है परन्तु यह योगदान सार्थक एवं सम्यक अपने आप मे नहीं होगा क्योंकि वह मात्र अपने विषयगत वस्तुओं को ही सामने लाने में समर्थ हो सकता है। यही कार्य यदि एक चिकित्साविद् अपने माध्यम से उस विषय को ध्यान में रखते हुए समस्या के समाधान के लिए करे तो प्राप्त निष्कर्ष अधिक उपयुक्त हो सकता है।

आज समाज वैज्ञानिक समाज मे व्याप्त कुसंभजन की स्थिति को किसी न किसी

रूप में सामाजिक परिवर्तन से अन्तः सम्बन्धित करता है और यह स्पष्ट करता है कि जैसे–जैसे समाज प्रगति के सोपान पर अग्रगामी होता जा रहा है संकुलता बढती जा रही है। इन बातो को ध्यान में रखते हुए निदानिक समाज विज्ञान (Clinical Sociology) का महत्व अपने आप बढता जा रहा है जो स्वतः चिकित्सा क्षेत्र की समस्याओं के निदान मे वरदान है।

Dr.B.K.Lavania ने लिखा है कि उपरोक्त विवरण रोग, चिकित्सा तथा स्वास्थ्य से सम्बन्धित ज्ञान, तकनीकी संगठन और नीति पर प्रकाश डालते हुए विषय वस्तु की रचना करता है। समाजशास्त्र की दृष्टि से जब चिकित्सा विज्ञान के प्रकारों को देखते हैं तो यह ज्ञात होता है कि इसके तीन मुख्य प्रकार हैं –

1. आदिम चिकित्सा (Primitive Medicine)
2. लोक चिकित्सा (Folk Medicine)
3 आधुनिक चिकित्सा (Modern Medicine)

उपरोक्त तीनों चिकित्साओं में आधुनिक चिकित्सा का बाहुल्य है। भारत में इस प्रणाली का प्रवेश अंग्रेजी शासन से प्रारम्भ हुआ। धीरे–धीरे प्रचलित भारतीय प्रणाली आयुर्वेद की अपेक्षा आधुनिक प्रणाली आगे बढकर इन्हें पीछे छोड़ गयी। जहाँ इस प्रणाली में विशिष्टीकरण निरन्तर बढ़ रहा है वहीं भारत में एक चिन्ता भी बढ रही है कि पश्चिमी प्रारुप पर आधारित यह व्यवस्था भारतीय क्षेत्र मे कठिनाइयाँ तथा समस्यायें भी उत्पन्न कर रही है। इसकी स्वीकृति का अर्थ प्रचलित आयुर्वेद या यूनानी प्रणाली की अमान्यता नहीं होना चाहिए। दूसरी ओर भारत में रोग और पीड़ा के वितरण की भयावहता का आभास ब्रिटिश काल में ही हुआ और एक समिति का गठन हुआ जिसे भोर समिति कहते है। इस समिति ने 1946 मे अपना प्रतिवेदन दिया जिसे स्वतंत्र भारत में सरकार ने लागू किया। इस समिति ने चिकित्सा और चिकित्सक की सामाजिक भूमिका तथा चिकित्सा से सम्बन्धित कार्मिक के उचित प्रशिक्षण पर अधिक

जोर दिया। इस समिति की मान्यता थी कि कोई भी व्यक्ति इस कारण से उचित चिकित्सा सेवा से वंचित नहीं रह जाए कि वह चिकित्सा पर आने वाला खर्चा वहन नहीं कर सकता तथा भविष्य का चिकित्सक एक ऐसा सामाजिक चिकित्सक होना चाहिए जो लोगों की रक्षा कर सके तथा उन्हें स्वास्थ और प्रसन्न जीवन जीने की दिशा दिखा सके। इस कमेटी का प्रमुख योगदान यह था कि इसने सामाजीकृत चिकित्सा व्यवस्था की सिफारिश की जिसकी स्थापना स्वतंत्रता प्राप्ति के 50 वर्षो के उपरान्त भी आज तक नहीं हो पाई है । इण्डियन काउन्सिल ऑफ मेडिकल रिसर्च तथा इण्डियन काउन्सिल ऑफ सोशल साइन्स रिसर्च के संयुक्त तत्वाधान में गठित **रामलिंग स्वामी अध्ययन समूह** ने 1980 में अपना प्रतिवेदन प्रस्तुत किया जो सन् 2000 तक सभी को स्वास्थ्य के लिए एक वैकल्पिक नीति का प्रस्ताव करता है। इस समूह ने अनुभव किया कि चिकित्सा के क्षेत्र मे पश्चिमीकरण इतना हुआ है कि इसने इस व्यवस्था को भारत में आयातित, अतिभारी केन्द्रीकृत और अभिजन स्वरूपी व्यवस्था बना दिया है जिसका लाभ सामान्य लोगों को नहीं मिल पाया। इसके कारण रोग और अस्वास्थ्य का विस्तार बढता गया जिसने इस व्यवस्था की उपादेयता को नकारा। अतः इस समूह ने एक वैकल्पिक व्यवस्था को सामने रखा। इसकी सिफारिशों मे महत्वपूर्ण यह है कि चिकित्सा व्यवस्था का मानवीयकरण होना चाहिए तथा सत्ता का विकेन्द्रीकरण होना चाहिए। चिकित्सा शिक्षा में आवश्यक परिवर्तन किया जाए ताकि जनसेवा भाव और व्यवसायिक मूल्यों का विकास हो। चिकित्सा सेवा संगठन को इस प्रकार पुर्नगठित किया जाए कि समुदाय स्वास्थ्य को सम्भव बनाया जा सके। इन कमेटियों ने जो संकेत दिये हैं उनसे निम्नलिखित बातें स्पष्ट होती हैं –

1. वर्तमान व्यवस्था पश्चिमी समाज की मूल्य व्यवस्था पर आधारित है।
2. भारतीय परिवेश में इसकी सार्थकता तभी हो सकती है जब इसमें ऐसा सामंजस्य उत्पन्न किया जा सके जिसके द्वारा स्वास्थ्य सेवा और उसके उचित उपभोग

की समस्त दूरियों को मिटाया जा सके।

3. चिकित्सा व्यवस्था में सत्ता का विकेन्द्रीकरण किया जाए तथा विशेषज्ञ सेवा और ज्ञान का लाभ समाज के हर स्तर को मिल सके।

4. चिकित्सा शिक्षा मे मानवीय मूल्यों का प्रावधान हो और व्यवसायीकरण के उचित स्वरूप उभरें।

5. प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रत्येक व्यक्ति को उपलब्ध होनी चाहिए ताकि समुदाय स्वास्थ्य संभव हो।

6. रोग निदान के बजाय स्वास्थ्य सेवा या स्वास्थ्य रक्षा ही स्वास्थ्य नीति का आधार होना चाहिए।

उपरोक्त विवरण यह सोचने के लिए प्रेरित करता है कि सामाजिक यथार्थ में जो पक्ष है उनमें एक ओर तो रोग, रोग के कारण और रोग का वितरण है तथा दूसरी ओर चिकित्सा प्रणाली , संगठन, चिकित्सा शिक्षा, व्यवसायीकरण चिकित्सा सेवाओं का उपभोग है। समाजशास्त्रीय अध्ययन में यह दोनो ही प्रकार के पक्ष आने चाहिए। अतः भारतीय सामाजिक वास्तविकता को ध्यान मे रखते हुए चिकित्सा समाजशास्त्र का विषय क्षेत्र इस प्रकार होना चाहिए –

1. रोग और रोग की सामाजिक सांस्कृतिक मान्यताएं
2. रोग की उत्पत्ति के सामाजिक सांस्कृतिक कारक
3. उपचार सम्बन्धी सामाजिक सांस्कृतिक प्रतिक्रियाएं
4. रोग की वैज्ञानिक व्याख्या
5. रोग निदान व्यवस्थाएं (अनौपचारिक, औपचारिक)
6. चिकित्सा सेवाएं (संगठन और विस्तार)
7. चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध
8. चिकित्सा शिक्षा प्रणालियां और शिक्षा का स्वरूप

9. चिकित्सा व्यवसाय (मूल्य और भूमिकाएँ)

10. सामुदायिक स्वास्थ्य और प्राथमिक स्वास्थ्य

11. सामाजिक परिवर्तन, सामाजिक प्रक्रियाएँ और स्वास्थ्य

12. स्वास्थ्य नीति, राजनीति एवं स्वास्थ्य

भारत मे चिकित्सा समाजशास्त्र का विकास –

चिकित्सा समाजशास्त्र का विकास मूलतः विश्व के अन्य राष्ट्रों की अपेक्षा अमेरिका में अधिक तीव्र गति से हुआ। भारत में आधुनिक चिकित्सा का प्रारम्भ मूलतः ब्रिटिश आगमन के बाद ही हुआ। भारत में प्रचलित भारतीय आयुर्वेद प्रणाली का स्थान शनैः शनैः आधुनिक चिकित्सा ने ले लिया। भारतवर्ष में चिकित्सा समाजशास्त्र के विकास में भारत सरकार ने पांचवे दशक में विशेष ध्यान दिया। उसने समाज वैज्ञानिकों एवं सामाजिक मानवशास्त्रियो को (जन स्वास्थ्य) से सम्बन्धित समस्याओं का अध्ययन करने के लिए आहवान किया। इस प्रकार के अध्ययन में स्वास्थ्य प्रशासक, स्वास्थ्य शिक्षक, स्वास्थ्य शास्त्री एवं समाजशास्त्रियों का सहयोग प्राप्त किया गया है। अमेरिका मे स्थापित 1940 में National Institute of Health ने चिकित्सा समाज वैज्ञानिको को प्रचुर सहायता एवं धन आदि देना प्रारम्भ किया। उसके बाद भारत में चिकित्सा समाजशास्त्र की विकास यात्रा तीव्र गति से आरम्भ हुयी।[1] पर्यावरण एवं स्वास्थ्य से सम्बन्धित अनुसंधान 1950 के उपरान्त फोर्ड फाउण्डेशन के तकनीकी एवं वित्तीय सहयोग से दिल्ली के अन्तर्गत ''सिंहपुर'' मे कार्यान्वित किया गया। इस प्रकार की अनुसंधान परियोजना का मूल उद्देश्य स्वास्थ्य व्यवहार को प्रभावित करने वाले सामाजिक संरचनात्मक तत्व एवं सांस्कृतिक प्रारुपों की गतिविधियों को मूल्यांकित करना था। इस अनुसंधान परियोजना के अन्तर्गत यह भी ज्ञात करने का प्रयास किया गया कि लोगों का पर्यावरणीय स्वास्थ्य के प्रति क्या दृष्टिकोण है। इसके उपरान्त चिकित्साविदों

---

1. Mehta A.R, Sociology of Health and Medical Care.

ने भी बंगलौर मे 'राष्ट्रीय तपेदिक' योजना को विश्व स्वस्थ्य संगठन के सलाहकर्ता के निरीक्षण के अन्तर्गत मूल्यांकित करने का प्रयास किया। इन परियोजनाओं के पूर्ण होने के उपरान्त कुछ समाजशास्त्री एवं सामाजिक मानवशास्त्री नवीन स्थापित संस्थानो जैसे National Institute of Health Administration and Education एवं Central Health Education Buero में स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओ के अध्ययन के लिए कार्य करने लगे। छठे दशक के उपरान्त भारत वर्ष में स्वास्थ्य के व्यवहारपरक पक्षों पर विशेष ध्यान दिया जाने लगा तथा इससे सम्बन्धित अनुसंधान एवं शिक्षण को विशेष महत्व प्रदान किया गया। राष्ट्रीय स्वास्थ्य योजना के अन्तर्गत मलेरिया, चेचक, तपेदिक, कोढ, परिवार कल्याण एवं मातृ शिशु स्वास्थ्य से सम्बन्धित अनेक अध्ययन किए गए। इन अध्ययनो मे यह ज्ञात करने का प्रयत्न किया गया कि कौन से सामाजिक, आर्थिक एवं मनोवैज्ञानिक कारक इस प्रकार के अध्ययनो को प्रोत्साहन प्रदान करते हैं अथवा उनमे व्यवधान उपस्थित करने की रूपरेखा निर्मित करते हैं।

'स्वास्थ्य प्रशासन मे समाज विज्ञान' से सम्बन्धित प्रथम परिचर्चा गोष्ठी National Institute of Health Administration and Education के तत्वाधान मे 1964 में संगठित की गयी। इस गोष्ठी के अन्तर्गत एक फोरम का सृजन किया गया जो समाजशास्त्रियों एवं स्वास्थ्य प्रशासको के बीच अन्तक्रिया स्थापित करने का प्रयास किया। कुछ वर्षो के उपरान्त 1969 में Central Health Education Buero के द्वारा स्वस्थ्य प्रसार शिक्षा से सम्बन्धित अनुशासन पर एक गोष्ठी आयोजित की गयी। इस गोष्ठी के अन्तर्गत स्वास्थ्य व्यवहार के सामाजिक एवं सांस्कृतिक पक्ष से सम्बन्धित अनुसंधानो का आलोचनात्मक मूल्यांकन करने का प्रयास किया गया। विभिन्न प्रान्तो में परिवार कल्याण योजना एवं स्वास्थ्य शिक्षा प्रसार योजना के कार्यान्वयन के परिणामस्वरूप समाजशास्त्रियों एवं सामाजिक मानवशास्त्रियों का ध्यान स्वास्थ्य से सम्बन्धित समस्याओं की ओर आकर्षित होने लगा। स्वास्थ्य शिक्षा से सम्बन्धित स्नातकोत्तर डिप्लोमा

पाठ्यक्रम All India Institute of Hygine and Public Health (कलकत्ता विश्वविद्यालय), Rural Health Institute, Gandhigram (मदुरै विश्वविद्यालय), Central Health Education Buero, New Delhi (दिल्ली विश्वविद्यालय) में प्रारम्भ हुआ। इन संस्थाओ मे शिक्षण एवं अनुसंधान के लिए समाज वैज्ञानिकों, विशेषकर समाजशास्त्रियो के सहयोग की अपेक्षा की गयी। लखनऊ के Planning Research and Action Institute ने जो प्रान्तीय सरकार का संगठन है, ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य से सम्बन्धित समस्याओं के अध्ययन पर विशेष बल प्रदान किया। भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद की स्थापना से चिकित्सा समाजशास्त्र के विकास में विशेष सहयोग प्राप्त हुआ। सन 1972 में भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद एवं भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद के संयुक्त सहयोग से 'स्वास्थ्य में समाजशास्त्र" विषय पर एक परिचर्चा गोष्ठी हुयी। इस गोष्ठी के उपरान्त समाजशास्त्रियो के द्वारा स्वास्थ्य के क्षत्र में अनेक अध्ययन संचालित किए गए। परिणामस्वरूप चिकित्सा समाजशास्त्र के विषय क्षेत्र में वृद्धि होने लगी।

विश्वविद्यालयों में चिकित्सा समाजशास्त्र का विकास उत्साहवर्धक नहीं है। भारतवर्ष में कुछ ही विश्वविद्यालय हैं जहाँ चिकित्सा समाजशास्त्र को समाजशास्त्र के अन्तर्गत एक विशिष्ट प्रश्न पत्र के रूप में पढाया जाता है। ऐसे विश्वविद्यालयों मे समाज कार्य विभाग, समाजशास्त्र विभाग एवं मानवशास्त्र विभाग में स्नातकोत्तर स्तर के शोध प्रबंध के अन्तर्गत स्वास्थ्य से सम्बन्धित कुछ अध्ययन हो रहे हैं। 19वीं शताब्दी के पांचवे एवं छठे दशक में चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र के अन्तर्गत कोई भी महत्वपूर्ण अनुसंधान दृष्टिगोचर नहीं होता। इन दशकों में समाजशास्त्रियो एवं मानवशस्त्रियों का अध्ययन विषय ग्राम एवं समुदाय था। इसी समय समुदाय विकास योजना के क्षेत्र में भी अनुसंधान किए जा रहे थे। ग्रामीण परिदृश्य से सम्बन्धित अध्ययनो में मुख्य रूप से जाति व्यवस्था, ग्रामीण अर्थ व्यवस्था, नेतृत्व संरचना, ग्रामीण कलह नातेदारी संरचना, धर्म एवं जाति प्रथा आदि हैं। इन्हीं अध्ययनों के अन्तर्गत स्वास्थ्य एवं चिकित्सा

सम्बन्धी देख–रेख से सम्बन्धित सामाजिक एवं सांस्कृतिक पक्षों पर भी प्रकाश डालने का प्रयास किया जाता था। इस प्रकार के अध्ययनों से यह तथ्य प्रकाश में आया कि देशज एवं पश्चिमी चिकित्सा के प्रति लोगों की क्या धारणा है तथा उसे स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं के निवारण में किस प्रकार उपयोग में लाया जा रहा है।

धीरे–धीरे पश्चिमी समाजशास्त्रियों के सहयोग से चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र में महत्वपूर्ण अनुसंधान किए गए। 19वीं शताब्दी के सातवे दशक में भारतीय अनुसंधानकर्ताओ के द्वारा चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र मे पी0एच0डी0 स्तर के शोध कार्य प्रारम्भ किए गए। कुछ प्रतिष्ठित समाजशास्त्रियों ने पश्चिमी समाजशास्त्री अवधारणाओं अध्ययन प्रारुपों को अपनाते हुए स्वास्थ्य एवं रोग से सम्बन्धित विषयों पर अनुसंधान किया। इन प्रतिष्ठित समाजशास्त्रियों में **Prof. M.N.Srinivas, Prof. T.N. Madan, Prof. S.M.Dube, Prof. S.K.Lal** एवं **Prof. S.K. Srivastav** आदि के नाम प्रमुख हैं।

विभिन्न चिकित्सा महाविद्यालयों एवं संस्थानों के Preventive and Social Medicine विभाग ने भी चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र में अपना महत्वपूर्ण योगदान दिया। जवाहरलाल नेहरू विश्वविद्यालय, नई दिल्ली में स्थापित समुदाय चिकित्सा केन्द्र ने प्रोफेसर डी बनर्जी के नेतृत्व में चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र में महत्वपूर्ण योगदान दिया है। ''जन स्वास्थ्य'' के क्षेत्र में अनेक ऐसी समस्यायें हैं जिन्हें समाजशास्त्र की विभिन्न अवधारणाओं के उपयोग से हल किया जा सकता है। स्वास्थ्य एवं चिकित्सा देख रेख से सम्बन्धित सेवाओं के परिसर में क्रियात्मक संगठनात्मक एवं व्यवस्था सम्बन्धी समस्यायें व्याप्त हैं जिन्हें समाज वैज्ञानिक दृष्टिकोणों को अपनाते हुए हल करने का प्रयास किया जा सकता है।

यद्यपि पिछले तीन दशकों से चिकित्सा समाजशास्त्र का विकास तीव्र गति से हो रहा है तथापि विषय सामग्री की वृद्धि को ध्यान में रखते हुए कहा जा सकता है कि

इसका विकास बहुत ही मंद है। स्वस्थ्य संगठनों में कार्यरत समाजशास्त्रियों को अनेक कठिनाइयों का सामना करना पड़ रहा है। वे स्वतंत्र रूप से अपने व्यवसाय के अनुकूल कार्य करने में सफल नहीं हो पा रहे हैं। चिकित्सा संगठनों के प्रशासकों के दबाव के परिणामस्वरूप वे मुक्त रूप से समस्या उन्मेषित एवं क्षेत्र अध्ययन पर आधारित गवेषणाओं को नहीं कर पा रहे हैं। उनके अनुसंधान में चिकित्सक किसी न किसी रूप में व्यवधान उपस्थित करते रहते हैं। परिणामस्वरूप चिकित्सा समाजविज्ञान का क्षेत्र उचित रूप से विकसित नहीं हो पा रहा है।

चिकित्सा समाजशास्त्र के अध्ययन हेतु प्रमुख उपागम –

David Mechnic ने अपनी पुस्तक 'Medical Sociology' में चिकित्सा समाजशास्त्र के अध्ययन हेतु प्रमुख उपागमों को प्रस्तुत किया है जो निम्नांकित है[1] –

1. विचलनकारी व्यवहार उपागम
2. प्रत्यक्षवादी उपागम
3. सांख्यिकीय उपागम
4. अन्तः क्रियात्मक उपागम
5. समुदाय उपागम

1. विचलनकारी व्यवहार उपागम –

इस उपागम के समर्थकों का यह कहना है कि मानव के स्वास्थ्य का एक साधारण प्रारुप या प्रतिमान होता है और साधारण स्वास्थ्य से किसी प्रकार विचलन अस्वस्थता कहलाता है। **Talcott Parsons** इस प्रकार के उपागम का मुख्य प्रवर्तक है। **Talcott Parsons** के अनुसार प्रत्येक समाज का अपना एक स्वास्थ्य मूल्य एवं प्रतिमान होता है। जब ये स्वस्थ्य सम्बन्धी मूल्य एवं प्रतिमान खण्डित होते हैं, तो स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याये उस समाज के सम्मुख समस्याओ का समाधान सम्भव नहीं है

---

1. Mecanic, David, Medical Sociology, Page 33-37

परिणामस्वरूप यह उपागम अपने आप में सन्तोषप्रद नही हैं। उपर्युक्त अवधारणा का एक रूप समाज में सत्यापित हो सकता है परन्तु आधुनिक संकुल समाज मे मूल्यों एवं प्रतिमानों मे भिन्नता पग – पग पर दृष्टिगोचर होती है। सामाजिक सांस्कृतिक परिवर्तन के परिणामस्वरूप मूल्यो की सुदृढता अब क्षणिक एवं अस्थायी होती जा रही है। अतः इन व्यवधानो के कारण स्वास्थ्य सम्बन्धी मूल्यों का प्राथमिक प्रारूप सम्भव नहीं है एवं विचलन का माप अप्रयुक्त सम्प्रत्यय मात्र रह जायेगा।

2. प्रत्यक्षवादी उपागम –

इस उपागम के अन्तर्गत कुछ आदर्शो को सन्दर्भ बिन्दु के रूप में ग्रहण किया जा सकता है। इसी आदर्श को ध्यान में रखकर उपसरण का वर्णन किया जाता है। विचलनकारी व्यवहार वाले विद्यार्थी कानून को सन्दर्भ बिन्दु के रूप में ग्रहण करते हैं और कानूनी दृष्टि से विचलन को महत्व प्रदान कराना चाहते हैं इसी कानूनी कलंक को ध्यान में रखते हुए रिचार्ड क्वार्टज एवं जेरोमे स्कालिन ने डाक्टरों के कुअभ्यास के प्रति कानून के आहवान पर बल दिया है। जनसंख्या मे रोगों की खोज करने वाले इस उपागम का प्रयोग करते हैं।

प्रत्यक्षवादी उपागम के प्रयोग के अन्तर्गत कुछ प्रमुख पूर्वानुमान हैं, जैसे विचलन के लिए परिभाषित मानदण्ड अर्थयुक्त है संवैधानिक अधिनियम के माप में तर्कयुक्त मानदण्ड प्रस्तुत करता है। इतना होते हुए भी इस उपागम के अन्तर्गत कुछ समस्याये भी है। इसके अन्तर्गत 'सामान्यतया'' की विश्लेषणात्मक परिभाषा देना कठिन है। दूसरी असुविधा इस उपागम के अन्तर्गत अन्वेषक को यह होती है सह सार्थकता के साथ विचलन के उस प्रभाग का अध्ययन नहीं कर पाता, जो उसकी माप के लिए महत्वपूर्ण है। उदाहरणार्थ यदि चिकित्सक एवं रोगी के सम्बन्ध ठीक हैं तो एक अन्वेषक के लिए यह कठिन है कि वह डॉ0 की अपनी भूमिका से विचलित व्यवहार को माप सके क्योकि कभी–कभी रोगी उसके ऐसे व्यवहार पर ध्यान नहीं देता या क्षमा

कर देता है।

3. सांख्यिकीय उपागमन –

आज समाज विज्ञानों में इस उपागम का महत्व दिन प्रतिदिन विषयों को वैज्ञानिकता प्रदान करने के निमित्त बढता जा रहा है। इस उपागम के अन्तर्गत प्राविधियों द्वारा चिकित्सा सम्बन्धी प्रतिमानों तक आसानी से पहुंचा जा सकता है। इसके अन्तर्गत परिमाणात्मक विश्लेषण के द्वारा चिकित्सा सम्बन्धी समस्याओं एवं प्रतिमानों का विश्लेषण किया जाता है। यह उपागम अपने आप में सैद्धान्तिकीय रूप मे दृढ़ नहीं है यह एक सैद्धान्तिक प्रयास की अपेक्षा प्राविधिक है जिससे स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं के बारे मे जानकारी की जा सकती है।

इस उपागम में यह कठिनाई है कि बिना अन्य सूचना के सामान्य या औसत मूल्य से विचलन को बताना या नापना कठिन है। उदाहरणार्थ चिकित्सक अपने बचाव के लिए सामान्य स्थिति से विचलन को मापने मे रूचि नहीं लेते। परन्तु यह विचलन तब महत्वपूर्ण हो जाता है जब वह आधारभूत रोग की प्रक्रिया या रोगी के लिए नकारात्मक सामाजिक परिणाम प्रस्तुत करता है। इस प्रकार यह उपागम चिकित्सा समाज वैज्ञानिक के प्रयत्नो के प्रसार एवं विकास में एक कड़ी का काम करता है परन्तु यह तभी सम्भव है जब उससे सम्बन्धित अन्य सूचनायें भी प्राप्त हों।

4. अन्तः क्रियात्मक उपागम –

चिकित्सा सम्बन्धी समस्याओं के निवारण हेतु अन्य उपागम की अपेक्षा समाज वैज्ञानिक दृष्टिकोणो से अन्तः क्रियात्मक उपागम का विशेष महत्व हैं। यह कटु सत्य है कि चिकित्सा सम्बन्धी समस्यायें अपने आप में जैविकीय प्रकृति से सम्बद्ध होती है, परन्तु वे सामाजिक सांस्कृतिक परिवेश से पृथक नहीं की जा सकती है जिसके अन्तर्गत उसका उद्‌भव एवं विकास होता है। स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं के प्रति रोगी का प्रत्युत्तर एवं उस रोग का निदान, बहुत कुछ उस समाज की प्रकृति एवं विशेषताओं पर

आधारित होता है जिस समाज से रोगी का आगमन होता है। एक ही प्रकार के उद्दीपन लिए संस्कृति एवं उपसंस्कृति का बहुत बड़ा प्रभाव पड़ता है। आज के समय मे चिकित्सालयों का तीव्र विकास उसकी संकुलता की वृद्धि में सहायक है। इसके परिणामस्वरूप चिकित्सालयों की व्यवस्था को सुदृढ़ता प्रदान करने के लिए उसके अन्तर्गत अनेक इकाइयों का प्रादुर्भाव होता जा रहा है। प्रत्येक इकाई एक दूसरी इकाई से प्रकार्यात्मक ढंग से अन्तर्सम्बन्धित होती है। चिकित्सालय की अपनी सामाजिक व्यवस्था होती है एवं उसकी अपनी एक सामाजिकी चिकित्सीय विशेषता होती है ।

5. समुदाय उपागम :–

अन्तः क्रियात्मक उपागम से सम्बन्धित चिकित्सा सम्बन्धी समस्याओं के अध्ययनार्थ एक और उपागम है, जिसका नाम 'समुदाय उपागम' है। इस उपागम के अनुसार चिकित्सा सम्बन्धी समस्यायें एक विशिष्ट समुदाय में कुछ विशिष्ट परिस्थितियों के कारण उत्पन्न होती है। इस प्रकार 'हिलींग आर्ट' समुदाय की वांछित आवश्यकताओं पर आधारित एवं समुदाय अनुस्थापित होती है। चिकित्सालय एवं इससे सम्बन्धित अन्य सहायक सेवायें स्थानीय समुदाय की आवश्यकताओं को ध्यान में रखकर पल्लवित होती है।

अनेक व्यक्तिगत जीवनों का अध्ययन करके चार्ल्स बिले एवं हर्बट नाटकिम ने बताया कि इस उपागम का चिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र में अत्यधिक महत्व है। उन्होने आगे यह भी स्पष्ट किया है कि किसी भी सामाजिक व्यवस्था में समुदाय अनेक अर्न्तसम्बन्धियों एवं एक दूसरे पर आधारित उपव्यवस्थाओं का संगम स्थल होता है ये उपव्यवस्थायें चिकित्सालयों को सुव्यवस्थित ढंग से कार्य करने में प्रोत्साहन देती है परिणामस्वरूप इस उपागम का आज के समय मे उत्तरोत्तर महत्व बढ़ता जा रहा है। यद्यपि इसका विशेष उपयोग संयुक्त राज्य अमेरिका जैसे प्रगतिशील देश में खूब हो रहा है, परन्तु भारत में चिकित्सा सम्बन्धी शिक्षा के अभाव के कारण इसका उतना

उपयोग नहीं हो सका है, जितना होना चाहिए।

चिकित्सा समाजशास्त्र के अध्ययन हेतु प्रमुख उपागमों का वर्णन करने के पश्चात रोग की अवधारणा को जान लेना भी अति आवश्यक है। मानव शरीर में रोग अथवा बीमारी, व्याधिकीय रोग मूलतः जैविकीय कारकों से जाने जाते हैं जैसे शरीर के तापमान की उच्चता अथवा निम्नता, श्वसन क्रिया मे होने वाला परिवर्तन, ऊतकों में असन्तुलन नाड़ी की गति आदि में होने वाला परिवर्तन मल, मूत्र एवं रक्त के संयोजन मे आने वाला परिवर्तन, अपने शरीर की सामान्य स्थिति में असामान्यतः अथवा व्याधिकीय अवस्था का उपस्थित हो जाना आदि प्रमुख परिवर्तन है। इनके अतिरिक्त जीवाणु अथवा वायरस, विटामिन, खनिज, लवण, वसा एवं पोषण अथवा आहार सम्बन्धी अन्य तत्व आदि के द्वारा भी शरीर की सामान्य अवस्था अनेक बार असामान्यता को प्राप्त कर जाती है। कुछ परिवर्तन जीन द्वारा प्राप्त शारीरिक संरचनात्मक विरासत आदि के द्वारा भी होते हैं एवं उसे अपने सामान्य शारीरिक स्वास्थ्य को बनाये रखने में बाधा उत्पन्न करते हैं।

इस प्रकार रोग, रोगग्रस्तता तथा स्वास्थ्य में एक प्रकार की प्राकृतिक, सांस्कृतिक एवं सामाजिक वास्तविकता सन्निहित है। रोग की उत्पत्ति की प्रक्रिया चाहे प्राकृतिक हो किन्तु उसके प्रसार में एवं व्यक्ति की रोगग्रस्तता में सांस्कृतिक एवं सामाजिक कारक भी जुड़े हो सकते हैं। अतः रोगग्रस्तता जैविक शिथिलता, क्षीणता और पीड़ा को तो जन्म देती ही है पर उसके साथ ही व्यक्ति के सामाजिक व्यवहार और भूमिका अदायगी को भी प्रभावित करती है जिसका प्रतिफल व्यक्तिगत, संस्थागत, सामुदायिक तथा सामाजिक हितों को क्षति पहुंचाता है। यह भी सत्य है कि रोग और स्वास्थ्य का नाता व्यक्ति से उसके जन्म के साथ ही जुड़ जाता है। ऐतिहासिक दृष्टि से देखें तो मनुष्य के मानव रूप में धरती पर प्रकट होने के काल से वर्तमान समय तक रोग और स्वास्थ्य या स्वास्थ्य और रोग उसके जीवन साथी रहे किन्तु शनैः– शनैः अनुभवजन्य चेतना ने

उसमें रोग और स्वास्थ्य की पहचान तथा रोग उपचार के उपक्रम ढूँढने की क्षमता उत्पन्न की। यह कहना है कि रोग और स्वास्थ्य प्रारम्भिक काल से ही प्रत्येक समाज की सामान्यता है, मात्र एक सरल अभिव्यक्ति की होगी। सही बात यह है कि रोग और स्वास्थ्य ने हर समाज में सदैव व्यक्ति के सामाजिक व्यवहार को प्रभावित किया है।

बीमारी या रोग पूर्ण रूप से एक जैविकीय एवं शारीरिक तथ्य नहीं है वरन् एक घटना है जो सामाजिक संदर्भ में घटित होता है एवं व्यक्ति का अन्य व्यक्तियों के साथ घनिष्ठ सम्बन्ध की रूपरेखा को प्रत्यावर्तित करता है। **David Mechanic** ने अपनी पुस्तक Medical Sociology में रोग को परिभाषित करते हुए लिखा है कि "रोग का आशय साधारणतः सामान्य प्रकार्यो से विचलनशीलता है जो स्वतः अवांछनीय है क्योंकि इससे व्यक्तिगत अशान्ति या व्यक्ति के भविष्य के स्वस्थ्य प्रस्थिति पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है।

इस प्रकार रोग अथवा व्याधि रोग (Disease) की अवस्था में व्यक्ति किसी प्रकार के दर्द की शिकायत करता है और इस कष्ट के आधार पर उपचार खोजा जाता है। रोग के संदर्भ में भौतिक, जैविकीय एवं मनोवैज्ञानिक कारकों के बीच सम्बन्ध महत्वपूर्ण एवं जटिल है। यद्यपि चतुर निदानशास्त्री एवं चिकित्सक रोग के इन निर्धारकों के बीच सहसम्बन्ध स्थापित करने पर बल देते हैं तथा इन कारकों के बीच सम्बन्ध के प्रारुप के निर्धारण पर अनुसंधान हो रहे हैं तथापि उतनी सफलता नहीं प्राप्त हुयी है जितनी की अपेक्षा है।

स्वास्थ्य समस्याओं के प्रत्यक्ष कारक :—

नगरों की तुलना में ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य से सम्बन्धित अनेक समस्यायें होती है। साधारणतया ग्रामों का आवास—स्थल उसके घिरे हुए भूभाग की तुलना में निम्न स्तर पर होता है जिसके कारण ग्रामों में पानी की रूकावट होती रहती है। ग्रामों में स्थित तालाब का पानी, स्नान, कपड़ों के धोने, बर्तनो के धोने एवं कभी — कभी पीने

के लिए भी प्रयोग में आता है।

भारतवर्ष में इस बात का अनुमान लगाया गया है कि लगभग पचास लाख व्यक्ति हैजा, डायरिया, बुखार एवं डिसेन्ट्री जैसे रोग से पीड़ित होते हैं। इन रोगों में उनकी रक्षा शुद्ध जल की व्यवस्था से हो सकती है। साधारणतया इन रोगों की आवृत्ति उन स्थानों में नहीं है जहाँ शुद्ध जल की व्यवस्था हो चुकी है। नगरों में स्थानों के अभाव के कारण मकानों को तंग क्षेत्रों में भी निर्मित कर दिया जाता है जिनमें हवा, रोशनी आदि प्रचुर मात्रा में प्राप्त नहीं होती। ग्रामों में पर्याप्त भूमि के रहने पर भी मिथ्या झुकाव की भावना के कारण लोग निकट–निकट मकान बनाते हैं।

गांवों में सूराखदार छत, फर्श का न होना, अंधकार एवं सीलन का होना आदि मकानों की प्रमुख विशेषता है। इस प्रकार के मकानों का पर्यावरण श्वसन रोग एवं आंख की बीमारी को प्रोत्साहन प्रदान करता है। चूंकि ग्रामों की लोकरीतियों में, रोग के प्रसार में कीड़ों के योगदान का स्पष्ट आभास नहीं होता। अतः ग्रामीण कीड़ों को समाप्त करने पर विशेष ध्यान नहीं देते। नगरों मे कीड़े–मकोड़ों, मच्छरों आदि को समय–समय पर स्वास्थ्य विभाग द्वारा समाप्त करने का प्रयास किया जाता है फिर भी ये कीड़े समय–समय पर अपना प्रभाव समाज के ऊपर डालते ही हैं तथा रोगों के प्रसार में अपना योगदान देते हैं।

आज भी शहरों एवं गावों में लोग मकान की गलियों एवं सड़कों पर बच्चों को टट्टी पाखाना कराते रहते हैं। परिणामस्वरूप उसके दूषित प्रभावों से लोगों का बचना कठिन हो जाता है। ग्रामीण एवं नगरवासियों में यह भावना व्याप्त होती है कि गर्द या धूल रोग का कारण होता है फिर भी वे सफाई का सम्पूर्ण उत्तरदायित्व सरकार पर डालकर किंकर्तव्य विमूढ हो जाते हैं। अतः यह आवश्यक है कि लोगों मे स्वास्थ्य से सम्बन्धित स्वच्छता पक्ष के प्रति विशेष जागरूकता को विकसित किया जाए जिससे घातक बीमारियां स्वतः समाप्त हो जाएं।

रोगों की संक्रामकता मे चौपायों का विशेष योगदान होता है। उदाहरणार्थ टिटनेस के अण्डाणु एवं बीजाणु अपना प्राकृतिक वास घोड़ों, चौपायों एवं अन्य जानवरों की आतड़ियों में रखते हैं। इस प्रकार अन्य जानवरों के द्वारा चेचक एवं डिथ्थोरिया के फैलने का भय होता है । अतः घरेलू जानवरों को अपने आवास निकट प्रश्रय नहीं देना चाहिए उनकी स्वच्छता का विशेष ध्यान रखना चाहिए जिससे रोग का प्रसार न हो सके।

साधारणतया नगरों एवं विशेषकर गावों में विष्ठा–विन्यास का प्रबन्ध एक सार्वजनिक स्वास्थ्य की समस्या है। ग्रामीणों के विष्ठा–विन्यास मल त्याग की आदत पर आधारित होता है। एक जगह अनेक लोगों द्वारा मल त्याग करने के परिणामस्वरूप कृमि उत्पीड़न की समस्या उत्पन्न हो जाती है। गावों मे लोग स्वास्थ्य लाभ के लिए नंगे पैर चलना उचित समझते हैं। परिणामस्वरूप यह होता है कि लोग हुकवर्म, डिसेन्ट्री आदि रोगों से पीड़ित हो जाते हैं।

स्वास्थ्य समस्याओं के अप्रत्यक्ष कारक :–

नगरों की अपेक्षा गावों में स्वास्थ्य से सम्बन्धित अप्रत्यक्ष कारक विशेष प्रभावशाली होते हैं। सामान्य विश्वास, रिवाज एवं प्रचलित रीतियां ग्रामीण अंचल में स्वास्थ्य एवं रोग को विशेष प्रभावित करती हैं। ग्रामीणों मे यह भावना विशेष व्याप्त रहती है कि दुःख एवं चिन्ता से मुक्त होना अच्छे स्वास्थ्य का परिचायक है। इस प्रकार की सुविधा ग्रामीणों को भले ही प्राप्त हो जाए परन्तु नगरवासियों मे यह सम्भव नहीं है।

ग्रामीण एवं नगरीय अंचल में रहने वाले लोगों का स्वास्थ्य आध्यात्मिक एवं भौतिक कारकों से प्रभावित होता है जिसे प्रेरणार्थ कारको के रूप में रोग के संदर्भ में अनेक उपागमों में बांटा जा सकता है। आध्यात्मिक कारकों द्वारा उत्पन्न रोग निम्नांकित हैं –

1. निषिद्धियों के उल्लंघन के परिणामस्वरूप कुष्ठ, जलोदर, रतिरोग।

2. देवी देवताओं की कुदृष्टि के परिणामस्वरूप चेचक रोग उत्पन्न होता है।

3. जीवात्माओं की घुसपैठ के अन्तर्गत टिटनेस (जमोगा) रोग होता है।

4. जादू टोना के अन्तर्गत

5. बुरे नियम एवं प्रेतात्माओं की घुसपैठ के अन्तर्गत मनः शारीरिक रोग होते हैं जैसे भय रोग आदि।

इस प्रकार के रोगों के निदान में जादुई धार्मिक निदान विशेष महत्वपूर्ण है। इस प्रकार के रोगो में लोग झाड़ फूंक, जन्त्र–मन्त्र को पहनना आदि महत्वपूर्ण मानते हैं।

स्वास्थ्य से सम्बन्धित अनुसंधान की समस्याओं को ग्रामीण लोकाचार बहुत प्रभावित करता है। आज भी गावों मे लोग रोग का इलाज भगत, ओझा, झाड़–फूंक करने वालों से कराना विशेष रूप से पसंद करते हैं। इस प्रकार के इलाजों में ग्रामीणों का पैसा अधिक खर्च हो जाता है और जब रोग गंभीर हो जाता है तब वे वैज्ञानिक चिकित्सा की ओर उन्मुख होते हैं।

प्रस्तुत अध्ययन चूंकि बुन्देलखण्ड क्षेत्र के अन्तर्गत आता है। इसलिए बुन्देलखण्ड क्षेत्र का संक्षिप्त इतिहास, जलवायु, क्षेत्रफल, इत्यादि के बारे मे जानकारी भी अति आवश्यक है। बुन्देलखण्ड शब्द का स्पष्ट अर्थ है कि जिस क्षेत्र में बुन्देले ठाकुरों का राज्य रहा है उस क्षेत्र को बुन्देलखण्ड के नाम से पुकारा जाता है। बुन्देलखड राज्य की स्थापना ईसा की चौदहवी शताब्दी से मानी जाती है। उसी समय से इस भू – भाग को बुन्देलखण्ड के नाम से पुकारा जाता है। बुन्देलखण्ड राज्य की स्थापना सर्वप्रथम पंचम सिंह ने की थी। यह राज्य पहले गढकूढ्डार में स्थापित हुआ, बाद में इसकी राजधानी ओरछा बनाई गयी। उस समय से ओरछा राज्य को ही बुन्देलखण्ड का प्रमुख केन्द्र माना जाता रहा। बुन्देलों ने अपना राज्य इस क्षेत्र में लगभग 1128

ई0 मे स्थापित किया। इसके संस्थापक हेमकरण थे जिन्हें पंचम सिंह के नाम से जाना जाता है। इस राज्य का विस्तार बाद में अकबर के काल में वीर सिंह बुन्देला ने किया। उसके बाद औरंगजेब के काल में बुन्देलखण्ड केसरी छत्रसाल ने इस राज्य का विस्तार किया और जहाँ तक छत्रसाल का राज्य रहा, उस राज्य को बुन्देलखण्ड कहा जाने लगा।

भारतवर्ष के मानचित्र के अनुसार बुन्देलखण्ड की स्थिति नक्शे पर 23′–45 और 26–50 उत्तरीय तथा 77–52 और 82–0 पूर्वीय भू रेखाओं के मध्य में है। इस क्षेत्र के समस्त मानचित्रों का अध्ययन करने के बाद इस क्षेत्र का क्षेत्रफल सब मिलाकर 48,310 वर्ग मील है। बुन्देलखण्ड की सीमाओं को निर्धारित करने के लिए उस मानचित्र को ध्यान में रखना होगा और साथ ही इस दोहे को ध्यान में रखना होगा।

इत जमुना उत नर्मदा, इत चम्बल उत टोंस।
छत्रसाल को लरन की रही न काहू हौंस ।।

इस दोहे से यह बात स्पष्ट है कि यमुना, नर्मदा, चम्बल, टोंस के मध्य भाग को बुन्देलखण्ड का क्षेत्र माना जाता रहा है। बुन्देलखण्ड की प्राकृतिक बनावट विभिन्न प्रकार की है। दीवान प्रतिपाल सिंह ने बुन्देलखण्ड के इतिहास के समर्पण भाग में लिखा है कि बुन्देलखण्ड क्षेत्र विन्ध्याचल की पर्वत श्रेणियो से घिरा हुआ है। यहाँ पर पर्वतों की गगन चुम्बी चोटियां, बड़े–बड़े नदी–नाले, घाटियां आदि हैं। इस क्षेत्र में हीरे एवं अन्य कीमती पत्थर प्राप्त होते है। सभी प्रकार से यह क्षेत्र आत्मनिर्भर है। कहीं –कहीं उपजाऊ मैदानी भाग हैं जहां कृषि होती है और अच्छी बस्तियां है। कहीं –कहीं पर ऊंची पर्वत श्रेणियां है। कहीं पर फल –फूल से लदे वन है, सुन्दर सरोवर है जिनके किनारे नगर बसे हुए हैं। कहीं पर धन – धान्य से लहराते हुए खेत है कहीं पर तने घनघोर जंगल एवं निर्जन स्थान है कि वहाँ पर एक बूंद पानी भी सुलभ नहीं होता। शीत ऋतु में इतना अधिक जाड़ा पड़ता है कि यहाँ के निवासियो का एक – एक अंग

शीत से कांपने लगता है। ग्रीष्म ऋतु में यहाँ पर बहुत अधिक गर्मी पड़ती है। धूप तेज होती है, लू चलती है जिससे बाहर निकलने वाले व्यक्तियो की देह झुलस जाती है। चार नदियों के मध्य बसे हुए इस क्षेत्र का सौन्दर्य देखते ही बनता है। अतः संक्षेप मे बुन्देलखण्ड की प्राकृतिक बनावट का वर्णन करना आवश्यक है।

भूमि की बनावट :–

यहाँ पर अधिकतर पहाड़ी क्षेत्र है परन्तु जहाँ भी मैदानी भाग है वहाँ पर विभिन्न प्रकार की मिट्टियाँ पाई जाती हैं। यहाँ पर मार भूमि, काबर भूमि, पडुआ भूमि, राकड़ भूमि, हडकाबर भूमि, दो मटिया भूमि, तरी ताल या कछार भूमि इत्यादि पाई जाती हैं।

बुन्देलखण्ड की पर्वत श्रेणियाँ :–

बुन्देलखण्ड का क्षेत्र सर्वत्र पहाड़ों से भरा हुआ है। केवल यमुना के तट के बाँदा, हमीरपुर, जालौन एवं अन्य जिलों के थोड़े से भू – भाग को छोड़कर कोई भी ऐसा भाग नहीं है जहां पर्वत श्रेणियाँ न हों। इन पर्वत श्रेणियों को मुख्य रूप से चार भागों मे विभाजित किया जाता है।

1. विन्ध्याचल पर्वत श्रेणियाँ
2. पन्ना पर्वत श्रेणियाँ
3. भांडेर के पहाड़
4. कैमूर पर्वत श्रेणियाँ

इन पर्वत श्रेणियों के अतिरिक्त और भी बहुत से पहाड़ बुन्देलखण्ड मे हैं जो सर्वत्र फैले हुए हैं। इन पहाड़ियों को टीरिया घाटियाँ कहते हैं। इसमे हमीरपुर जिले की नवगाँव महेश्वर श्रेणी, अजनर कुलपहाड़ श्रेणी, जबलपुर जिले की बतियागढ श्रेणी सागर जिले में मालधौन राहतगढ श्रेणी तथा लुधौरा, बण्डा तथा सागर आदि की श्रेणियाँ है । झांसी जिले में अमझरा की घाटी, मदनपुर की घाटी और नारहट भसनेही

की घाटियाँ है। इस क्षेत्र में पर्वत श्रेणियों को घाटी कहा जाता है तथा यहाँ पहाड़ों के बीच के रास्ते को खदिया कहते हैं।

बुन्देलखण्ड क्षेत्र की नदियां :–

बुन्देलखण्ड में प्रमुख रूप से चार नदियाँ ऐसी है जो बुन्देलखण्ड की सीमा का निर्धारण करती हैं। इन नदियों के नाम यमुना, टोंस, नर्मदा, चम्बल हैं। इन चारों नदियों से घिरा हुआ क्षेत्र ही बुन्देलखण्ड माना जाता है। इसके अतिरिक्त इस क्षेत्र में धसान और केन, बागै, पैसुनी, जैसी नदियाँ हैं।

बुन्देलखण्ड के वन :–

इस प्रदेश में यमुना के किनारे के भाग को छोड़कर शेष सभी भागों में जंगल है। जहाँ पर पहाड़ नहीं हैं वहाँ पर जंगलों की कमी है। जिन क्षेत्रों मे पहाड हैं वहां जंगल ही जंगल हैं। इन जंगलों में विभिन्न प्रकार के वृक्ष पाये जाते हैं जिनमें साल या सागौन, तेंदू, महुआ, बांस, चन्दन, अचार, इमली, आम, शरीफा चिरौंजी का वृक्ष, खजूर, बबूल, बेर, सेमल, अमलताश, गूलर, सिंहार, कचनार, जामुन, चिल्ला, दूधी, करधई आदि वृक्ष पाये जाते हैं।

बुन्देलखण्ड के जीव जन्तु :–

बुन्देलखण्ड क्षेत्र में जंगली क्षेत्र में बड़े–बड़े हिंसक जीव जन्तु पाए जाते हैं। उचित वातावरण न होने के कारण यहाँ पर छोटे शेर पाए जाते हैं। इस क्षेत्र मे शेर, तेंदुआ, चीता, भालू, कुत्ता, भेड़िया, गीदड़, खरगोश, सुअर आदि जानवर पाए जाते हैं। कुछ ऐसे भी जानवर हैं जो हिंसक नहीं हैं पर शिकार की दृष्टि से उपयोगी हैं। ये जंगली जानवर हिरण या मृगरोज, नीलगाय, चिन्कारा, सांभर चीतल, भेड़िया आदि हैं। इसके अतिरिक्त वनों में साँप, बिन्छू, छिपकली, गिरगिट, गिरघौना आदि जन्तु पाए जाते हैं। मछलियों के अतिरिक्त यहाँ के नदी और तालाबों मे घड़ियाल, कछुआ, सर्प केंकड़ा और बहुत प्रकार के जल जीव पाए जाते हैं। पक्षियों में मोर, तोता, कौआ,

ढोकिया, गौरैया, सारस, मुर्गी, बत्तख, कबूतर, तीतर, बटेर, राजहंस, छपका, गलगलिया, पनडुब्बी आदि प्रमुख हैं। इसके अतिरिक्त पालतू जानवरो में हाथी, घोड़ा, गाय, बैल, भैंस, भेड़, बकरी, ऊंट, बिल्ली, कुत्ता, सुअर इत्यादि हैं।

बुन्देलखण्ड के खनिज पदार्थ :-

जो भी खनिज पदार्थ जहाँ पर पैदा होता है उस खनिज पदार्थ से सम्बन्धित उद्योग वहाँ स्थापित हो जाते हैं। बुन्देलखण्ड के जंगली भागों में अनेक प्रकार की धातुयें और पत्थर पाए जाते हैं। यहाँ के पहाड़ी क्षेत्रों में इस प्रकार के पत्थर पाए जाते हैं जिनसे बहुत से सामान तैयार किए जाते हैं। कलई, चूना, चीप, सड़क के बेलन इत्यादि बहुत सी उपयोगी सामान इन पत्थरों से बनाये जाते हैं।

पत्थरों के अतिरिक्त यहाँ पर विभिन्न प्रकार की धातुयें भी पाई जाती है। धातुओं मे लोहा, तांबा आदि काफी मात्रा में उपलब्ध हैं। कई जगहों पर पहाड़ों पर खाने हैं। कुछ स्थानों पर यह खाने भूमि पर भी हैं। इन स्थानों पर बिल्लौर, हीरा, कोयला आदि पाया जाता है। यहाँ पर कलई अथवा चूने के पत्थर कटनी, मैहर सतना आदि स्थानों में पाए जाते हैं। शजर पत्थर नर्मदा तथा केन नदी के किनारे पाया जाता है। इससे बड़ी – बड़ी सुन्दर वस्तुयें तैयार की जाती हैं। बाँदा में शजर पत्थर के सामान बनते हैं बिकते हैं तथा यहाँ से विदेशों को भेजे जाते हैं। किसी – किसी शजर पत्थर मे प्राकृतिक जीव–जन्तु के चित्र अंकित रहते हैं। वर्तमान खोजों के अनुसार बुन्देलखण्ड के कई क्षेत्रों में अभ्रक होने की सम्भावनायें पाई जाती हैं। अभी यह केवल सागर एवं झांसी जिलो में ही निकलता है। खनिज पदार्थो में सबसे मूल्यवान वस्तु हीरा है। यह पन्ना पहाड़ी और उसके आस पास वाले इलाकों में पाया जाता है।

बुन्देलखण्ड प्राकृतिक संसाधनों से परिपूर्ण होने के बावजूद औद्योगिक दृष्टि से प्राचीन काल से ही पिछड़ा हुआ है। यहाँ के शासकों ने यहां के उद्योग धन्धों, प्राकृतिक संसाधनों के बारे में कोई योजना नहीं बनाई जिसके कारण यह क्षेत्र गरीब

होता चला आया है। यहाँ के व्यक्तियों को केवल अपनी उदरपूर्ति के लिए कृषि और उससे सम्बन्धित उद्योगों पर निर्भर रहना पड़ा। कुछ छोटे – मोटे कुटीर उद्योग जो आदि काल से यहाँ चलते आ रहे हैं अंग्रेजों के यहाँ आ जाने के कारण वे भी नष्ट प्राय हो गये। बुन्देलखण्ड एक प्रान्त में न होने के कारण भी इसकी उपेक्षा की गयी। आज भी यह क्षेत्र भारतवर्ष का पिछड़ा हुआ क्षेत्र है। यहाँ के लोग देश के अन्य भागों से अधिक गरीब और पिछड़े हुए हैं।

प्रस्तुत अध्ययन चित्रकूट धाम मण्डल में आयोजित किया गया है। चित्रकूट धाम मण्डल बुन्देलखण्ड क्षेत्र के अन्तर्गत ही आता है। बुन्देलखण्ड के बारे मे संक्षिप्त जानकारी के बाद चित्रकूट धाम मण्डल के बारे में जानना भी आवश्यक है। चित्रकूट धाम मण्डल अभी हाल में विकसित मण्डल है। चित्रकूट धाम मण्डल चार जिलों से मिलकर बना है – बाँदा, चित्रकूट, हमीरपुर एवं महोबा। चित्रकूट धाम मण्डल का मुख्यालय बाँदा है। बाँदा जिले में बाँदा, अतर्रा, बबेरू एवं नरैनी चार तहसीलें हैं। चित्रकूट जिले में कर्वी एवं मऊ दो तहसीलें हैं। इस जिले का अधिकांशतया भाग मध्य प्रदेश के सतना जिले से जुड़ा हुआ है। इस जिले का पठारी भाग पाठा के नाम से जाना जाता है। पाठा क्षेत्र मे कोल जनजाति फैली हुयी है परन्तु उ0प्र0 में कोलों को अनुसूचित जाति में ही रखा गया है जबकि अन्य प्रदेशों में कोलों को जनजाति का दर्जा प्राप्त है। यह क्षेत्र दस्यु प्रभावित क्षेत्र माना जाता है जिसके कारण विकास की किरणें अभी तक इस क्षेत्र में ज्यादा नहीं फैल पाई हैं। ददुआ नाम का दस्यु साम्राज्य इस क्षेत्र में कई दशकों से बना हुआ था। अभी हाल ही में ददुआ पुलिस के हाथों मारा गया है परन्तु इसके अतिरिक्त कई छोटे छोटे गैंग इस क्षेत्र में अपना आतंक फैलाए हुए हैं। महोबा जनपद के अन्तर्गत महोबा एवं चरखारी दो तहसीले आती हैं। महोबा का पान पूरे भारत में प्रसिद्ध है। महोबा जिले का ऐतिहासिक महत्व भी है। आल्हा एवं ऊदल की वीरता की कहानी आज भी लोग गाते एवं सुनाते हैं। महोबा के कबरई कस्बे में

स्टोन क्रेशरों का उद्योग है जहाँ से गिट्टी बड़ी दूर – दूर तक जाती है। हमीरपुर जिले में हमीरपुर, मौदहा, एवं राठ तीन तहसीलें हैं। हमीरपुर के सुमेरपुर कस्बे में छोटे–छोटे उद्योग हैं जहां कई स्थानीय लोगों को रोजगार प्राप्त होता है।

बाँदा जिले मे आठ, हमीरपुर जिले में सात, चित्रकूट जिले में पांच एवं महोबा जिले में चार विकास खण्ड हैं। इन चारों जिलों के विकास खण्डों का विवरण निम्नवत् है –

विकास खण्ड के नाम

बाँदा	हमीरपुर	चित्रकूट	महोबा
बड़ोखर खुर्द	कुरारा	रामनगर	कबरई
कमासिन	सुमेरपुर	पहाड़ी	जैतपुर
जसपुरा	मौदहा	मऊ	पनवाड़ी
बिसण्डा	मुस्करा	कर्वी	चरखारी
महुआ	सरीला	मानिकपुर	
नरैनी	गोहांड		
बबेरू	राठ		
तिन्दवारी			

जनस्वास्थ्य के लिए चारों जिलो में सरकारी चिकित्सालय स्थापित हैं। इसके अतिरिक्त तहसीलों में भी सरकारी अस्पताल हैं परन्तु विडम्बना यह है कि यहाँ के अस्पतालों में चिकित्सकों के अधिकतर पद खाली हैं। तहसील स्तर पर तो यह स्थिति और भी दयनीय है जो चिकित्सक तहसील व ब्लाक स्तर पर कार्यरत हैं वे अधिकतर जनपद से ही आवागमन करते हैं और कभी– कभी सप्ताह – सप्ताह भर अपने कार्यक्षेत्र

से गायब रहते हैं। इन चारों जिलो में कुछ में महिला अस्पताल भी हैं परन्तु वहाँ भी चिकित्सकों के अधिकतर पद खाली हैं। इन अस्पतालों में आवश्यक सुविधाओं का भी अभाव है जिसके कारण मरीज को प्राइवेट अस्पताल की ओर जाना पड़ता है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति भी ज्यादा अच्छी नहीं है। चित्रकूट धाम मण्डल़ जो कि हमारा अध्ययन क्षेत्र है, के चारों जिलों बाँदा, हमीरपुर, महोबा एवं चित्रकूट के चिकित्सालयों का संक्षिप्त विवरण निम्नवत है –

चिकित्सालय	बांदा	हमीरपुर	चित्रकूट	महोबा
ऐलोपैथिक	16	10	7	6
आयुर्वेदिक	10	8	9	5
होमियोपैथिक	26	12	8	7
यूनानी	3	–	01	–
प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	55	50	39	41
सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	03	02	03	02
परिवार एवं मातृ शिशु कल्याण केन्द्र	205	185	146	119
क्षयरोग नियंत्रण केन्द्र	01	–	–	–
कुष्ठरोग चिकित्सालय	01	–	–	–

इस प्रकार उपरोक्त विवरण से स्पष्ट है कि चित्रकूट धाम मण्डल में पर्याप्त चिकित्सालय हैं परन्तु चिकित्सकों की कमी के कारण यहाँ के अधिकांश चिकित्सालय सूने पड़े हैं। इन उपरोक्त चारों जिलों में लगभग 200 चिकितसक कार्यरत हैं। हमने अपने अध्ययन के लिए इन 200 चिकित्सकों में से 100 का चयन किया है।

अध्याय द्वितीय

पद्धतिशास्त्र एवं शोध प्रारुप

- समस्या का चुनाव
- साहित्य का पुनरावलोकन
- अध्ययन की आवश्यकता एवं महत्त्व
- अध्ययन के उद्देश्य एवं उपकल्पनायें
- अध्ययन क्षेत्र
- अध्ययन पद्धति
- शोध प्ररचना
- निदर्शन
- अनुसूची
- साक्षात्कार
- निरीक्षण

अध्याय – द्वितीय

पद्धतिशास्त्र एवं शोध प्रारुप

प्रत्येक शोध के कुछ निश्चित उद्देश्य होते हैं। इसकी प्राप्ति तब तक नहीं हो सकती जब तक कि योजनाबद्ध रूप में शोध कार्य आरम्भ नहीं किया जा सकता। इसी योजना की रूपरेखा को अनुसंधान कहा जाता है। अनुसंधान विश्लेषण के वैज्ञानिक ढंग के प्रयोग की औपचारिक क्रमबद्ध एवं विस्तृत प्रक्रिया है। **Green Could** के मतानुसार, ''अनुसंधान की परिभाषा ज्ञान की खोज में प्रमाणीकृत कार्यरीतियों के प्रयोग में की जा सकती है।''

अनुसंधान ज्ञान की अभिवृद्धि, संशोधन एवं प्रमाणीकरण की दिशा में सामान्यीकरण करने के उद्देश्य से वस्तुओं, अवधारणाओं अथवा संकेतों में परिवर्तन करता है। इन परिवर्तनो का अन्तिम उद्देश्य सिद्धान्तों के निर्माण तथा कला के प्रयोग को सम्भव बनाता है। सामाजिक परिप्रेक्ष्य में यह कहा जा सकता है कि सामाजिक घटनाओं के बारे में सत्य की खोज करना ही सामाजिक शोध है। इसलिए **Karl Pearson** ने कहा है कि ''सत्य तक पहुँचने के लिए कोई संक्षिप्त पथ नहीं है। विश्व के विषय में ज्ञान प्राप्त करने के लिए हमें वैज्ञानिक पद्धति के द्वार से गुजरना ही पड़ेगा।''[1]

पद्धति वह प्रणाली है जिसके द्वारा वैज्ञानिक या एक अनुसंधानकर्ता अपने अध्ययन विषय से सम्बन्धित विवेचना करता है। पद्धति अध्ययन की वैज्ञानिक प्रणाली है। इसके विपरीत प्रविधि वह तरीका है जिसके माध्यम से अध्ययन विषय से सम्बन्धित सूचनाओं तथा आंकड़ों को प्राप्त किया जाता है। कोई भी वह अध्ययन

---

1. Pearson Karl, The Grammer of Science, A and C Black London 1911, Page 1.

पद्धति, वैज्ञानिक पद्धति है जिसके द्वारा एक अनुसंधानकर्ता पक्षपात रहित होकर विभिन्न घटनाओं का व्यवस्थित रूप से अध्ययन करता है। यह एक ऐसी पद्धति है जिसमें व्यक्ति की भावना, दर्शन तथा तत्व ज्ञान का कोई महत्व नहीं होता। वैज्ञानिक पद्धति के अन्तर्गत वस्तुनिष्ठ, अवलोकन, परीक्षण, प्रयोग और वर्गीकरण की एक व्यवस्थित कार्यप्रणाली को इसकी श्रेणी में रखा जाता है । अध्ययन को सफल बनाने के लिए वैज्ञानिक पद्धति के प्रमुख चरणों से गुजरना पड़ता है। किसी भी सामाजिक अनुसंधान में अपनाए जाने वाले वैज्ञानिक ढंग या पद्धति के अन्तर्गत सामान्यतः निम्न चरण होते हैं :–

1. अनुसंधान क्षेत्र का चयन
2. इस क्षेत्र से सम्बन्धित उपलब्ध विचारों की जानकारी की प्राप्ति
3. इस क्षेत्र में पहले किए गए अनुसंधान कार्यो का प्रयोग
4. अध्ययन के विषय क्षेत्र की परिभाषा
5. परिकल्पनाओं का प्रतिपादन
6. अनुसंधान प्ररचना का चुनाव
7. आंकड़ों के संग्रह के लिए आवश्यक उपकरणों एवं प्रविधियों का विकास
8. उत्तरदाताओं का चुनाव तथा विभिन्न समूहों का निर्धारण
9. आंकड़ो का संग्रह
10. संग्रहीत सूचना का सम्पादन, संकेतीकरण, वर्गीकरण, सारणीयन, विश्लेषण एवं विवेचन
11. निष्कर्षों एवं सुझावों का प्रस्तुतीकरण ।

उपरोक्त वैज्ञानिक पद्धति के चरणों को हमने अपने अध्ययन में निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत समाहित करने का प्रयास किया है:–

1. समस्या का चुनाव

2. साहित्य का पुनरावलोकन

3. अध्ययन की आवश्यकता एवं महत्व

4. अध्ययन के उद्देश्य एवं उपकल्पनाएं

5. अध्ययन क्षेत्र

6. अध्ययन पद्धति

उपरोक्त अध्ययन पद्धति के प्रमुख चरणों की विस्तारपूर्वक व्याख्या करना अनिवार्य है क्योंकि विस्तारपूर्वक वर्णन किए बिना न तो प्रस्तावित शोध को समझा जा सकता है और न ही उसके उद्देश्यों को । अतः प्रस्तुत शोध के पद्धतिशास्त्र के प्रमुख चरणों का वर्णन निम्नवत है :–

समस्या का चुनाव –

किसी भी शोध के लिए समस्या का चयन सबसे महत्वपूर्ण पहलू है। उसी के द्वारा शोध की प्रक्रिया प्रारम्भ होती है। प्रस्तुत शोध में समस्या के चयन के रूप में ''सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सा अधिकारियों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों'' को रखा गया है। अध्ययन क्षेत्र के रूप में चित्रकूट धाम मण्डल के चिकित्सालयों को रखा गया है।

साहित्य का पुनरावलोकन –

शोध की परम्परागत श्रंखला में साहित्य का पुनरावलोकन एक अपरिहार्य कड़ी होने के कारण पूर्व अध्ययनों का विवरण आवश्यक है। इन उपलब्ध समीक्षाओं के आधार पर ही शोध की परिकल्पना एवं संभावित विषय वस्तु का निर्माण किया जाता है। प्रस्तुत शोध का जो अध्ययन क्षेत्र है वह चिकित्सकों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों पर आधारित है। ऐसे अध्ययन को चिकित्सा समाजशास्त्र के अन्तर्गत ही रखा सकता है। चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को विकसित करने में विभिन्न अध्ययनों का महत्वपूर्ण योगदान रहा है। स्वास्थ्य के क्षेत्र में व्यवहारवादी अनुसंधानों से चिकित्सा

समाजशास्त्र के क्षेत्र को विकसित होने में प्रचुर सहयोग प्राप्त हुआ है। स्वास्थ्य क्षेत्र की विभिन्न समस्याओं से सम्बन्धित अध्ययन सैद्धान्तिक एवं सामान्य प्रकृति के है तथा कुछ ही ऐसे अध्ययन है जिन्हें प्राथमिक आंकड़ों के आधार पर किया गया है। **Dr. Anita Ahuliwalia** ने अपनी पुस्तक Sociology of Medicine and Social Anthropology में चिकित्सा समाजशास्त्र से सम्बन्धित अध्ययनों का एक आलोचनात्मक लेखा जोखा प्रस्तुत किया। भारतीय समाजशास्त्र अनुसंधान परिषद के तत्वाधान मे **Prof. S.L. Sharma** ने अपने अध्ययन A Study of Professions in India में मेडिकल प्रोफेशन एवं प्रोफेशनल संगठनों से सम्बन्धित अध्ययनों का आलोचनात्मक विश्लेषण प्रस्तुत किया।

National Institute of Health Administration and Education के तत्वाधान में Patient Satisfaction and Social System नामक अध्ययन कराया गया है। इस अध्ययन से जो निष्कर्ष निकले उन्हें **T.R.Tiwari and M.I.D. Sharma** ने अपने लेख An Exploratory Study of Integrated Health Service in India में लिखा है कि जो वार्ड अपने रोगियों को अधिक सन्तुष्टि प्रदान करता है वह अधिक प्रकार्यात्मक होता है। रोगियों को कम सन्तुष्टि प्रदान करने वाले वार्ड कम प्रकार्यात्मक होते हैं।

Prof S.M.Dubey ने अपने अध्ययन "Social Mobility among the Professionals in a Transitional Indian City में अन्य व्यवसायों के साथ चिकित्सा व्यवसाय का भी अध्ययन किया और यह निष्कर्ष निकाला कि अन्य व्यवसायियों की तुलना में चिकित्सकों में स्थानिक गतिशीलता अधिक है। उन्होंने यह भी बताने का प्रयास किया कि चिकित्सकों की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि का विश्लेषण करने से स्पष्ट होता है कि अधिकांश चिकित्सक उस परिवार से सम्बन्धित हैं जिसमें माता पिता का व्यवसाय श्वेतवसन व्यवसाय से सम्बन्धित था।

चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र मे। महत्वपूर्ण योगदान **Prof. T.N.Madan** का भी है। **Prof.T.N.Madan** ने गाजियाबाद शहर के चिकित्सकों का अध्ययन किया। **Dr.**

Satish Sabbarval द्वारा सम्पादित Beyond the Village Sociological Explorations नामक कृति मे **Prof. T.N.Madan** ने अपने लेख "Doctors in a North India City Recruitment, Role, Perceptation and Role Performance" में यह प्रदर्शित किया कि चिकित्सको के कार्य भाग के पालन मे परम्परा एवं आधुनिकता के समन्वय का स्पष्ट चित्र प्रकट होता है। अपने अध्ययन मे उन्होंने यह भी पाया कि चिकित्सक अधिकतर नगरीय क्षेत्र से सम्बन्धित है तथा उच्च जाति से सम्बन्धित है। कुछ चिकित्सक अपने पिता के व्यवसाय मे रहने के कारण इस व्यवसाय मे आये है परन्तु अधिकांश चिकित्सक, चिकित्सा व्यवसाय की उत्कृष्टता के कारण इस व्यवसाय मे आये है। **Prof. T.N.Madan** ने अपने अध्ययन मे इस तथ्य को भी प्राप्त किया कि चिकित्सक अपने व्यवसाय को सामाजिक उत्तरदायित्व की अपेक्षा धन कमाने के एक साधन के रूप में महत्वपूर्ण मानते हैं। उनका व्यवसाय आधुनिक मूल्यों पर आधारित न होकर परम्परा से इस अर्थ से प्रभावित है कि वे चिकित्सा व्यवसाय को एक व्यापार के समान मानते हैं और इस व्यवसाय मे सफलता के मापदण्ड व्यवसायिक योग्यता मे निहित न होकर विलासितापूर्ण वस्तुओ जैसे नगर के सबसे अच्छे मोहल्ले में आवास, रेफीजरेटर, टेलीफोन, कार, रहन सहन के उच्च प्रतीको को प्राप्त करने मे सफल होना। **Prof. T.N.Madan** का कहना है कि गाजियाबाद के अध्ययन से सम्बन्धित चिकित्सक आपस मे जटिल बीमारियो के सम्बन्ध मे विचार विनिमय भी नहीं करते। मरीजो को प्रभावित करने का प्रयास करते हैं। चिकित्सक, चिकित्सा विज्ञान के नवीन आविष्कारों एवं औषधियों के ज्ञान को प्राप्त करने के लिए औषधि विक्रेताओं के ज्ञान पर निर्भर रहते हैं।

Prof.T.N.Madan द्वारा लिखित पुस्तक "Doctors and Society" चिकित्सा समाजशास्त्र के विकास मे एक महत्वपूर्ण योगदान है। अपने अध्ययन के अन्तर्गत Prof. T.N.Madan ने यह प्रश्न उठाया कि क्या व्यवसाय (प्रोफेशन) विकासोन्मुख समाजों को आधुनीकृत करने में अपनी भूमिका निष्पादित करते हैं अथवा नहीं। Prof.T.N.Madan

ने अपने अध्ययन मे तीन देश भारत वर्ष, मलेशिया, एवं श्रीलंका का चयन किया। अध्ययन के अन्तर्गत चिकित्सकों की सामाजिक, सांस्कृतिक एवं आर्थिक पृष्ठभूमि को ज्ञात करने का प्रयास किया गया है, कि किस प्रकार से उन्होंनें व्यवसायिक प्रशिक्षण प्राप्त किया है, किस प्रकार से वे अपने व्यवसायिक कार्यों से सम्बन्धित हैं तथा समाज में आन्तरिक एवं बाह्य रूप से उनका क्या योगदान है। अपने अध्ययन के अन्तर्गत **Prof.T.N.Madan** ने यह स्पष्ट किया कि चिकित्सक व्यवसायिक रूप से समाज दक्षता एवं सामाजिक उपयोगिता के रूप मे अपनी भूमिका निष्पादित कर रहे हैं। विकासोन्मुख देशों में चिकित्सक ही ऐसे व्यक्ति हैं जिन्हें समाज की अधिकाधिक सहानुभूति प्राप्त होती है। समाज में घटित होने वाले सामाजिक परिवर्तन में चिकित्सक अपनी भूमिका निष्पादित करते हैं। **R.Vankatratnam** ने अपने अध्ययन "Medical Sociology in an Indian Setting" में चिकित्सालय जैसे संकुल संगठन में चिकित्सीय भूमिका निष्पादन की जाँच करने का प्रयास किया हैं। उन्होंने अपने अध्ययन में अन्तः व्यवसायिक भूमिका निष्पादन एवं कार्य निर्वाह में व्यवसायिक व्यवहार का अध्ययन करने का प्रयास किया गया है। चिकित्सक एवं परिचारिकायें अपनी भूमिका को ''संज्ञानात्मक प्रारूप'' के संदर्भ मे व्यक्त करते हैं। अपने अध्ययन के अन्तर्गत **R.Vankatratnam** ने व्यवसाय से सम्बन्धित तनाव उच्च एवं अधीनस्थ कर्मचारियों के बीच सम्बन्ध आदि का विवेचन किया है। उन्होंने चिकित्सक एवं परिचारिकाओं से गहन तथ्यों को प्राप्त करने के वैयक्तिक अध्ययन पद्धति का उपयोग किया है।

Prof. T.K.Omman का अध्ययन "Doctors and Nurses" चिकित्सा समाजशास्त्र की विषय सामग्री को समृद्ध करने में सहायक प्रमाणित हुयी है। **Prof. T.K.Omman** का सामान्यीकरण है कि चिकित्सकों की सामाजिक पृष्ठभूमि उनके व्यवसाय को उच्च परिस्थिति प्रदान करती है जबकि परिचारिकाओ की दयनीय सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि उनकी सामाजिक प्रस्थिति की अवनति करती है। Prof.T.K.Omman के अनुसार व्यवसाय

से सम्बन्धित प्रतिष्ठा का निर्धारण सामाजिक मूल्यों के आधार पर होता है।

A.L.Srivastav ने अपने अध्ययन "Human Relations in Social Organization" में चिकित्सालय पृष्ठभूमि में चिकित्सक रोगी सम्बन्धों की प्रकृति एवं प्रक्रिया को ज्ञात करने का प्रयास किया है। चिकित्सक रोगी के मध्य अन्तःक्रिया एक व्यवहारवादी घटनाक्रम है। यह अन्तःक्रिया चिकित्सालय की संगठनात्मक पटभूमि एवं चिकित्सक रोगी के सामाजिक सांस्कृतिक पृष्ठभूमि से विशेष रूप से प्रभावित होती है। चिकित्सक वैज्ञानिक तार्किकता का प्रतिनिधित्व करता है तथा उस रोगी से सम्पर्क स्थापित करता है जो रोग, निदान के प्रारूप एवं अन्य गतिविधियो को अपने सामाजिक सांस्कृतिक पटभूमि से प्रभावित करता है। इस प्रकार **A.L.Srivastav** का अध्ययन चिकित्सक रोगी सम्बन्धो को प्रभावित करने वाले कारको का विश्लेषण करता है। **A.L.Srivastav** ने अपने अध्ययन मे निम्नलिखित समस्याओं को परीक्षित करने का प्रयास किया है –

1. भारतीय परिवेश में चिकित्सकों का चित्रकल्प एवं उनके प्रति रोगी की आकांक्षा चकित्सक रोगी की अन्तःक्रिया को निर्धारित एवं प्रभावित करता है।
2. रोगी की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि एवं प्रस्थिति चिकित्सक के भूमिका निष्पादन एवं व्यवहार को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है।
3. यद्यपि चिकित्सक एवं अन्य कर्मचारियो की भूमिका निष्पादन चिकित्सालय नौकरशाही संरचना से प्रभावित एवं निर्धारित होता है तथापि सामाजिक सांस्कृतिक मांग एवं उसके प्रति आस्था चिकित्सको की भूमिका को प्रभावित करने का प्रयास करती है।
4. चिकित्सक एवं रोगियो द्वारा अनुपालित प्रतिमान एवं मूल्य सामाजिक सांस्कृतिक उन्मेष एवं वैज्ञानिक तार्किकता के समिश्रण का प्रतिफल है।

Dr.Mohan Advani ने अपने अध्ययन "Doctor Patient Relationship in General Hospitals" में इस तथ्य को स्पष्ट करने का प्रयास किया है कि चिकित्सक रोगी के साथ सांवेगिक सम्बन्धो को न स्थापित करके तटस्थ सम्बन्धो को स्थापित करने का

प्रयास करता है।

Dr. Ambika Chandani ने अपने अध्ययन "A Sociological Study of the Doctor of Jodhpur City" में जोधपुर शहर के चिकित्सको की भूमिका, प्रस्थिति एवं भूमिका निष्पादन को समाज वैज्ञानिक ढंग से विश्लेषित करने का प्रयास किया है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रो एवं उससे सम्बन्धित चिकित्सको से सम्बन्धित अध्ययनो मे लुधियाना मे नारंगवाल समूह का अध्ययन महत्वपूर्ण है। नारंगवाल मे **Dr. G.S.Bhatia** ने अपने अध्ययन "Indegenous Medicine Practioners and their Attitude towards proposed Health Schemes" में देशज चिकित्सीय पद्धति से सम्बन्धित चिकित्सकों का अध्ययन प्रस्तुत किया।

H.S.Gandhi ने "National Institute of Health and Family Welfare" के अन्तर्गत अस्पतालों में कार्यरत दाइयों का अध्ययन किया है। मनोवैज्ञानिक **T.V.Rao** ने चिकित्साशास्त्र से सम्बन्धित विद्यार्थियों के शिक्षालय पर्यावरण एवं व्यवसायिक समाजीकरण के प्रति प्रत्यक्षीकरण का अध्ययन किया है।

चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को समृद्ध करने में समुदाय उन्मेषित अध्ययनों का भी विशेष योगदान रहा है। पर्यावरणीय स्वच्छता से सम्बन्धित अध्ययन का "जन स्वस्थ्य" के क्षेत्र मे महत्वपूर्ण योगदान है। वाराणसी जिले के ग्राम जक्खिनी पर आधारित **Dr. K.N.Srivastav** का "स्वास्थ्य के सामाजिक सांस्कृतिक आयाम" अध्ययन भी कम महत्वपूर्ण नहीं है।

Dr.J.P.Singh and Dr. Vinod Kumar Sinha ने अपने अध्ययन 'जनस्वास्थ्य वायदे और उपलब्धियाँ' में यह बताने का प्रयास किया कि सरकार ने स्वास्थ्य के क्षेत्र मे जो योजनाएं बनाई थी उन्हें हासिल करने में वह कितनी सफल रहीं हैं। इन्होने यह दर्शाने का प्रयास किया कि इस तरह का मूल्यांकन ग्रामीण इलाकों के संदर्भ में और भी जरूरी है क्योकि ग्रामीण क्षेत्रो मे ही रोगग्रस्तता और इसके फलस्वरूप मृत्युदर अधिक

पाई गयी है।

Naveen Kumar Tiwari ने अपने अध्ययन ''ग्रामीण विकास में स्वास्थ्य एवं शिक्षा की भूमिका'' मे यह बताने का प्रयास किया कि हमारे देश की जनसंख्या का एक बहुत बडा भाग चिकित्सा की मूल सुविधा से वंचित रह जाता है । इसमे 5 वर्ष से 15 वर्ष के अधिकांश बच्चे मूल चिकित्सा के अभाव मे असमय ही कालकलवित हो जाते है।

Rishi kesh ने अपने अध्ययन ''गाँवों मे स्वास्थ्य सेवाएं : एक परिदृश्य'' में यह स्पष्ट करने का प्रयास किया कि चिकित्सा क्षेत्र मे धन उपलब्ध कराने के साथ–साथ निगरानी तंत्र को भी मजबूत और प्रभावी बनाने की जरूरत है जिसके अभाव मे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर न तो डाक्टर उपलब्ध होते हैं न अन्य चिकित्साकर्मी न सहयोगी तथा न ही दवाइयाँ। संरचनात्मक सुविधाओं के साथ–साथ यदि इनके अमल के लिए जिम्मेदार लोगों की काहिली और बेईमानी पर नियंत्रण नहीं किया गया तो सारी नीतिगत अच्छाइयाँ धरी रह जाएंगी।

Dr.Aasha Sharma ने अपने अध्ययन ''बेहतर जीवन स्तर का आधार स्वास्थ्य और शिक्षा'' मे यह बताने का प्रयास किया कि मानव जीवन को यदि सहज, सरल, सार्थक एवं उद्देश्यपूर्ण बनाना है तो सूचना तकनीकि के इस क्रान्तिकारी युग मे सबके लिए स्वास्थ्य और शिक्षा की संकल्पना को मूर्त रूप देने के सार्थक प्रयास करने होंगे।

Dr. Rajmani Tripathi ने अपने अध्ययन ''सामुदायिक स्वास्थ्य ओर ग्राम पंचायतें'' में यह बताया कि अनेक प्रकार की बीमारियों से निजात पाने के बाद भी देश मे स्वास्थ्य सुविधाओं की जो व्यवस्था की गयी उनमें ग्रामीण क्षेत्र पूरी तरह उपेक्षित रहा।

मानवशास्त्रियो द्वारा भी स्वास्थ्य एवं रोग से सम्बन्धित अनेक महत्वपूर्ण अध्ययन संचालित किए गए है। इनमे **Verrier Elvin, Stephen Fuchs, Lavis, Laslie** आदि के अध्ययन महत्वपूर्ण है।

विश्वविद्यालय स्तर पर स्वस्थ्य एवं रोग से सम्बन्धित अनेक अनुसंधान हुए है। भारतवर्ष मे इस प्रकार के अनुसंधानो मे राजस्थान मे जोधपुर विश्वविद्यालय, उदयपुर विश्वविद्यालय, उत्तर प्रदेश मे अलीगढ़ विश्वविद्यालय, काशी हिन्दू विश्वविद्यालय, तमिलनाडू मे मदुरै कामराज विश्वविद्यालय, आन्ध्र प्रदेश मे उस्मानियां विश्वविद्यालय के समाजशास्त्र विभाग मे शोध कार्य चल रहे है। काशी हिन्दू विश्वविद्यालय के शोध कार्यो के अन्तर्गत अनेक तथ्य प्रकाश में आए हैं। जैसे आधुनिक समाज मे स्वास्थ्य एवं रोग की समस्याएं जितनी अधिक आर्थिक स्तर, जीवन की वास्तविक दशाओं एवं मौलिक परिस्थितियो से सम्बन्धित होती है उतनी सामाजिक सांस्कृतिक दशाओं से नहीं। आधुनिक समाज मे सामाजिक आर्थिक स्तर व्यवसाय जीवन अवसर और जीवन शैली के अन्तर के अनुरूप विभिन्न समूहो से स्वास्थ्य एवं रोग की समस्याएं तथा स्वास्थ्य रक्षा की पद्धतियों मे महत्वपूर्ण अन्तर पाया जाता है।

"स्वास्थ्य के सामाजिक – सांस्कृतिक आयाम" अध्ययन के अन्तर्गत यह तथ्य प्रकाश मे आया कि उ0प्र0 के मिर्जापुर के कुसियरा और सहजन ग्राम मे निवास करने वाले कोल आदिवासियो के स्वास्थ्य और चिकित्सा पद्धति का अध्ययन यह भली भांति स्पष्ट करता है कि परम्परागत सामाजिकऔर सांस्कृतिक मान्यताएं उनके रोग और उपचार सम्बन्धी विश्वास और व्यवहार के निर्धारण मे महत्वपूर्ण स्थान रखती है। आधुनिक वैज्ञानिक चिकित्सा पद्धति की जनजातीय क्षेत्र मे अनुपलब्धता ही न केवल उनके चिकित्सकीय आधुनिकीकरण के मार्ग की एक प्रमुख समस्या है वरन इस समुदाय की अशिक्षा, अज्ञानता, अन्धविश्वास असंतोषजनक आर्थिक स्थिति तथा परम्परागत सांस्कृतिक मान्यताओं और व्यवहारों की प्रधानता भी उनके नवीन चिकित्सा पद्धति से अनुकूलन के मार्ग की प्रमुख बाधायें है।

इस प्रकार उपरोक्त अध्ययनों से स्पष्ट है कि भारतवर्ष मे चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को विभिन्न अध्ययनों से समृद्ध करने का प्रयास किया जा रहा है। इन्ही

अध्ययनो मे अनेक ऐसी समस्याएं उत्पन्न हुयी हैं जिनका अध्ययन कर स्वास्थ्य एवं रोग से सम्बन्धित विभिन्न समस्याओ का निदान किया जा सकता है। उपरोक्त अध्ययनो से यह भी स्पष्ट हे कि डाक्टर एवं मरीजों से सम्बन्धित कुछ ही अध्ययन प्रकाश मे आए है। बुन्देलखण्ड क्षेत्र में और न ही बुन्देलखण्ड विश्वविद्यालय मे इस प्रकार क़ा कोई भी अध्ययन अभी तक प्रकाश में नहीं आया। चित्रकूट धाम मण्डल बुदेलखण्ड क्षेत्र का ही एक पिछड़ा मण्डल है। अतः चित्रकूट धाम मण्डल मे ऐसे अध्ययन की महती आवश्यकता है।

अध्ययन की आवश्यकता एवं महत्व :–

वर्तमान समय मे त्वरित परिवर्तनस्वरूप मानव का स्वास्थ्य प्रभावित हुआ है। प्रदूषण के प्रभाव से आज मानव बच नहीं पाया है। परिणामतः उसका स्वास्थ्य प्रभावित हुआ है। आज अस्वस्थों की संख्या मे काफी वृद्धि हुयी है। रोग से ग्रसित मानव उससे निजात पाने के भरसक प्रयास करता है। अनेकानेक प्रकार की चिकित्सा एवं औषधि का उपयोग कर मानव अपने को मुक्त रखना चाहता है। रोगी चाहता है कि चिकित्सक अच्छी से अच्छी दवाएं दे जिससे रोग कम समय में ठीक हो जाए।

औषधि उत्पादन से वितरण तक एक लम्बी श्रृंखला पार करने के पश्चात रोगी के पास पहुंचती है। रोगी इनका प्रयोग कैसे करता है, कब करता है, किसकी सलाह से उसे प्राप्त करता है ये ऐसे विषय हैं जो प्रस्तुत अध्ययन के लिए महत्वपूर्ण है। रोगी औषधि का उपयोग प्रायः दो आधारों पर करता है। प्रथम चिकित्सक की सलाह पर । द्वितीय अपने पूर्व अध्ययन के आधार पर अथवा अन्य के द्वारा उपयोग की गयी औषधि के सकारात्मक परिणाम पर प्रयोग करता है। औषधि उपयोगकर्ताओं की इन दो स्वरूपो की समाज में क्या स्थिति है ? इनकी सामाजिक संरचना क्या है ? इन सब आधारो को ध्यान मे रखते हुए प्रस्तुत शोध "चिकित्सक एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों" के अध्ययन की वर्तमान मे महती आवयकता है क्योंकि

चिकित्सक के उत्तरदायित्व की प्राथमिक परिभाषा प्रत्येक ''सम्भावित क्रियाओं का प्रतिपादन'' है जिसके कारण रोगी को पूर्ण एवं शीघ्र प्रारम्भिक कष्टों से मुक्ति मिल सके। रोगी के रोग के संदर्भ मे अनिश्चितता एवं असंभव के जिन कारणों से चिकित्सक घिरता है वह रोगी के निदान के संदर्भ में विशुद्ध तार्किक उन्मेष को बनाने मे यथाशीघ्र सफल हो जाता है उसी चिकित्सक को अधिक दक्ष एवं कुशल माना जाता है। इसके लिए चिकित्सक को आवश्यक है कि वह रोगी एवं उसके घनिष्ठ सम्बन्धियों के साथ पारस्परिक अर्न्तसम्बन्धों को स्थापित करे।

प्रस्तुत अध्ययन में चिकित्सक एवं मरीजों के सम्बन्धों का अध्ययन इस दृष्टि से किया जा रहा है कि इन दोनो के वर्तमान में कैसे सम्बन्ध है। यह सम्बन्ध समुदाय के विकास मे सहायक हो इसे ध्यान मे रखते हुए उन तथ्यो का पता लगाया जा रहा है कि किन परिस्थितियों एवं वातावरण का सृजन किया जाए जिससे इन दोनो पक्षों मे सौहार्द एवं विश्वास बना रहें। साथ ही इसका लाभ जन साधारण को प्राप्त हो सके। आज परिवर्तित होते हुए परिदृश्य के अनुसार चिकित्सक अपनी भूमिका को व्यवसायिक बनाता जा रहा है जबकि रोगी उसे भगवान के बाद दूसरा स्थान देता है। जब रोगी को चिकित्सक की व्यवसायिकता का पता चलता है तो उसका मन कुछ उदास जरूर होता है परन्तु वह चाहते हुए भी कुछ नहीं कर सकता क्योंकि रोग का इलाज चिकित्सक के पास ही है। अतः वर्तमान में चिकित्सक एवं रोगी के इन्ही सम्बन्धो के अध्ययन की महती आवश्यकता है, जिससे कुछ ऐसे निष्कर्ष निकाले जा सके जो चिकित्सक एवं रोगी के सम्बन्धों मे और प्रगाढता ला सके।

अध्ययन के उद्देश्य एवं उपकल्पनाएं :–

कोई भी अनुसंधान कार्य बिना उद्देश्य के इधर–उधर पैर मारने जैसा है। ज्ञान का क्षेत्र असीमित है। अतः सीमाएं निश्चित करना आवश्यक है। इसी दृष्टि से प्रत्येक अनुसंधान कार्य के उद्देश्य सुस्पष्ट एवं सुनिश्चित कर लिये जाते है। इसी मान्यता के

आधार पर प्रस्तुत शोध के भी कुछ उद्देश्य निर्दिष्ट किए गए हैं जो निम्नवत् हैं :–

1. राजकीय अस्पतालों में कार्यरत चिकित्सको की भूमिका प्रतिपादन को जानना प्रस्तुत अध्ययन का प्रथम उद्देश्य है।

2. सरकारी अस्पतालों मे आने वाले मरीजों की सामाजिक – आर्थिक स्थिति को जानना प्रस्तुत अध्ययन का द्वितीय उद्देश्य है।

3. सरकारी अस्पतालों में कार्यरत चिकित्सकों एवं उनके पास आने वाले मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों को जानना प्रस्तुत अध्ययन का तृतीय उद्देश्य है।

4. सरकारी अस्पतालों में कार्यरत चिकित्सकों का नगरीय एवं ग्रामीण मरीजों के प्रति दृष्टिकोण को जानना प्रस्तुत अध्ययन चतुर्थ उद्देश्य है।

5. मरीजों का चिकित्सकों के प्रति क्या दृष्टिकोण होता है यह जानना प्रस्तुत अध्ययन का पंचम उद्देश्य है।

उपरोक्त उद्देश्यों के आधार पर अध्ययन विषय से सम्बन्धित कुछ उपकल्पनाओं का निर्माण किया गया है जो निम्नवत है –

1. राजकीय अस्पतालों के चिकित्सकों में अपने पद के अनुरूप कार्य के प्रति निष्ठा का अभाव पाया जाता है।

2. राजकीय अस्पतालों मे चिकित्सक मरीजों को हेय दृष्टि से देखते हैं तथा निजी चिकित्सालयो मे जाने को प्रेरित करते है जिसमे वे प्रैक्टिस करते है।

3. चिकित्सक एवं रोगी के सम्बन्ध प्रायः तटस्थ होते है एवं उनमे संवेगिकता का अभाव पाया जाता है।

4. मरीजों एवं चिकित्सकों मे अनौपचारिक सम्बन्ध का अभाव पाया जाता है।

5. मरीजों का चिकित्सकों के प्रति विश्वास पर उनके निर्देशों के पालन का प्रभाव पड़ता हुआ दिखाई पड़ता है।

6. मरीजों का सभी चिकित्सकों के प्रति एक प्रकार का दृष्टिकोण नहीं होता।

अध्ययन क्षेत्र :–

प्रस्तुत अध्ययन बुन्देलखण्ड क्षेत्र के चित्रकूट धाम मण्डल में आयोजित किया जा रहा है। चित्रकूट धाम मण्डल मे बांदा, हमीरपुर, चित्रकूट एवं महोबा जनपद सम्मिलित है। चित्रकूट धाम मण्डल का मुख्यालय बांदा है। मण्डल का मुख्यालय बांदा सभी जनपदों से सड़क एवं रेल मार्ग द्वारा जुड़ा हुआ है। क्षेत्रफल की दृष्टि से बांदा एवं हमीरपुर काफी बड़े जिले थे इसलिए बांदा से विभक्त करके चित्रकूट एवं हमीरपुर से विभक्त करके महोबा जिला बनाये गये थे। सभी जनपदो मे सरकारी चिकित्सालय स्थापित है। इन चिकित्सालयो में कार्यरत चिकित्सक एवं उनके पास आने वाले मरीज ही हमारे अध्ययन की विषय वस्तु हैं।

अध्ययन पद्धति :–

प्रस्तुत अध्ययन चित्रकूट धाम मण्डल में कार्यरत चिकित्सकों एवं मरीजो के परस्पर सम्बन्धों पर आधारित है। चित्रकूट धाम मण्डल मे लगभग 200 सरकारी चिकित्सक कार्यरत है। परन्तु इन 200 चिकित्सको मे से हमने उद्देश्य पूर्ण निदर्शन विधि से 100 चिकित्सको को ही अपने अध्ययन के लिए चुना है। साथ ही इन चिकित्सकों से सम्बद्ध चार – चार मरीजों का औचिक एवं दैव निदर्शन के द्वारा चयन कर उनके मनोभावों एवं सम्बन्धों को जानने का प्रयास किया है। इस प्रकार प्रस्तुत अध्ययन की विषय वस्तु 100 चिकित्सक एवं 400 मरीज हैं। इस प्रकार मरीजों एवं चिकित्सकों से सूचनाएं एवं सम्बन्धो को ज्ञात करने के लिए साक्षात्कार अनुसूची का प्रयोग किया गया है। बहुत सी बाते जिन्हें मरीज बताने मे असमर्थ दिखे वे अवलोकन के माध्यम से भी ज्ञात की गयी है। प्रस्तुत शोध मे अन्वेषणात्मक शोध प्रारूप का सहारा लिया गया है। प्रस्तुत शोध मे चूंकि साक्षात्कार अनुसूची, अवलोकन, निदर्शन आदि विधियो को अपनाया गया है इसलिए इनके बारे मे विस्तारपूर्वक जान लेना आवश्यक है। इसके साथ ही यहां पर यह भी ध्यान रखना आवश्यक है कि चिकित्सा अधिकारियों से

तात्पर्य चिकित्सक या डाक्टर से ही है।

शोध प्रचना :–

प्रत्येक सामाजिक उद्देश्य के कुछ निश्चित उद्देय होते है और उन उद्देश्यों की प्राप्ति तब तक नहीं हो सकती जब तक कि योजनाबद्ध रूप मे शोध कार्य का आरम्भ नहीं किया गया है। इसी योजना की रूपरेखा को शोध प्रचना (Research Design) कहते हैं। **R.L.Ackoff** ने प्रचना का अर्थ समझाते हुए लिखा है कि "निर्णय क्रियान्वित करने की स्थिति आने से पूर्व ही निर्णय निर्धारित करने की प्रक्रिया को प्रचना कहते है। इस दृष्टिकोण से उद्देश्य की प्राप्ति के पूर्व ही उद्देय का निर्धारण करके शोध कार्य की जो रूपरेखा बना ली जाती है उसे शोध प्रचना कहते है।

शोध प्रचना के प्रकार :–

समस्त शोधों का एक ही आधारभूत उद्देश्य ज्ञान की प्राप्ति है। पर इस उद्देश्य की पूर्ति विभिन्न प्रकार से हो सकती है और उसी के अनुसार शोध प्रचना का रूप भी अलग – अलग हो सकता है। शोध प्रचना निम्नलिखित चार प्रकार की होती है :–

1. अन्वेषणात्मक अथवा निरूपणात्मक शोध प्रचना
2. वर्णनात्मक शोध प्रचना
3. निदानात्मक शोध प्रचना
4. परीक्षणात्मक शोध प्रचना

चूंकि प्रस्तुत अध्ययन में हमने अन्वेषणात्मक शोध प्रचना को अपने अध्ययन में प्रयुक्त किया है। अतः यहाँ पर हम केवल इसी प्रचना के बारे में वर्णन कर रहे हैं जब किसी शोध कार्य का उद्देश्य किसी सामाजिक घटना के अन्तर्निहित कारणों को ढूढ निकालना होता है तो उससे सम्बद्ध रूपरेखा को अन्वेषणात्मक शोध प्रचना कहते हैं। इस प्रकार की शोध प्रचना में शोध कार्य की रूपरेखा इस ढंग से प्रस्तुत की जाती है कि घटना की प्रकृति व धारा प्रवाहों की वास्तविकताओं की खोज की जा सके। समस्या

या विषय के चुनाव के पश्चात प्राकल्पना का सफलतापूर्वक निर्माण करने के लिए इस प्रकार की प्रचना का बहुत महत्व है क्योंकि इसकी सहायता से हमारे लिए विषय का कार्य कारण सम्बन्ध स्पष्ट हो जाता है –

इस प्रकार की शोध प्रचना की सफलता के लिए कुछ अनिवार्यताओं का पालन करना होता है जो निम्नवत है –

1. सम्बद्ध साहित्य का अध्ययन इस दिशा में प्रथम अनिवार्यता है क्योंकि इसके बिना विषय के सम्बन्ध में कोई भी आरम्भिक ज्ञान हमें प्राप्त नहीं हो सकता।

2. अनुभव–सर्वेक्षण इस दिशा में दूसरी आवश्यकता है। हमारे लिए यह भी आवश्यक हो जाता है कि हम उन सभी व्यक्तियों से अपना सम्पर्क स्थापित करें जिनके विषय में हमे यह सूचना मिले कि शोध विषय के सम्बन्ध मे उनको पर्याप्त अनुभव या ज्ञान है पर अशिक्षा, अवसर का अभाव या अन्य किसी कारण से वे अपने अनुभव ज्ञान को लिखित स्वरूप दे नहीं सके है ऐसे लोगों का व्यवहारिक अनुभव हमारे लिए पथ–प्रदर्शक का कार्य कर सकता है।

3. अर्न्तदृष्टि प्रेरक घटनाओं का विश्लेषण अन्वेषणात्मक शोध प्रचना का तीसरा आवश्यक तत्व है। इसका तात्पर्य यह है कि अध्ययन वस्तु के सम्बन्ध में व्यवहारिक अर्न्तदृष्टि पनप सकती है। इस प्रकार अर्न्तदृष्टि द्वारा प्राकल्पना के निर्माण में तथा वास्तविक शोध कार्य मे अत्यधिक सहायता मिलती है। प्रत्येक समुदाय या समूह के जीवन में कुछ दृष्टि आकर्षक कुछ उत्पन्न सरल व स्पष्ट कुछ व्याधिकीय, कुछ व्यक्तिगत विशिष्ट गुण सम्बन्धी घटनाएं होती हैं जो कि अर्न्तदृष्टि को प्रोत्साहित करने मे सहायक सिद्ध होती हैं।

निदर्शन :–

"कुछ" को देखकर या परीक्षा कर "सब" के बारे मे अनुमान लगा लेने की विधि को निदर्शन कहते हैं। इस प्रविधि की आधारभूत मान्यता यह है कि "कुछ" की

विशेषताएं सब की आधारभूत विशेषताओं का उचित प्रतिनिधित्व करती है। निदर्शन समग्र का छोटा भाग या अंश है जो कि समग्र का प्रतिनिधित्व करता हैं तथा जिसमे समग्र की मौलिक विशेषताएं पाई जाती है। दैनिक जीवन मे हम निदर्शन का प्रयोग करते हैं जैसे हम चावल, गेहू, या कोई अन्य वस्तु खरीदने बाजार जाते हैं तो पहले इनका नमूना देखते है नमूना ही प्रतिदर्श या निदर्शन है। अतः निदर्शन वह पद्धति है जिसके द्वारा केवल समग्र के एक अंश का निरीक्षण करके सम्पूर्ण समग्र के बारे मे जाना जा सकता है। इसे विभिन्न विद्वानों ने निम्न प्रकार से परिभाषित किया है–

Goode and Hatt के अनुसार, "एक निदर्शन जैसा कि इसके नाम से स्पष्ट है किसी विस्तृत समूह का एक अपेक्षाकृत लघु प्रतिनिधि है।"[1]

P.V.Young के अनुसार "एक सांख्यिकीय निदर्शन उस सम्पूर्ण समूह या योग का अति लघु चित्र है जिसमे से कि निर्दान लिया गया है।"[2]

E.S.Bogardus के अनुसार "निदर्शन प्रविधि एक पूर्व निर्धारित योजना के अनुसार इकाइयो के एक समूह मे से एक निश्चित प्रतिशत का चुनाव है।[3]

H.P.Fairchild के अनुसार "एक निश्चित संख्या में व्यक्तियों, मामलों या निरीक्षणों को एक समग्र विशेष में से निकालने की प्रक्रिया या पद्धति अथवा अध्ययन के हेतु एक समग्र समूह में से एक भाग को चुनना निदर्शन पद्धति कहलाती है।[4]

V.D.Keskar के अनुसार, "निदर्शनात्मक अनुसन्धान में हम समग्र समूह के सम्बन्ध में निष्कर्ष निकालने का प्रयत्न करते है, यद्यपि संकलित तथ्य जिसके आधार पर निष्कर्ष निकाले गए है समग्र के केवल एक भाग से सम्बन्धित होता है।

Frank Yaton के शब्दो में "निदर्शन शब्द का प्रयोग केवल किसी समग्र चीज की इकाइयो के एक सेट या भाग के लिए किया जाना चाहिए जिसे इस विश्वास के साथ चुना गया है कि वह समग्र का प्रतिनिधित्व करेगा।

---

1. Goode, William J. and Hatt, Paul,K.;Methods in Social Research, Newyork 1952, page 209
2. Young,P.V. ; Scientific Social Survey and Research, Bombay,1960 page 302
3. Bogardus, E.S ; Sociology, page 548
4. Fairchild, H.P ; Dictionary of Sociology

Hsin Pao Yang के अनुसार "एक सांख्यिकीय निदर्शन सम्पूर्ण समूह का प्रतिनिधिक भाग है। यह समूह 'जनसंख्या', समग्र अथवा पूर्ति स्त्रोत के नाम से जाना जाता है।"[1]

उपर्युक्त परिभाषाओं से स्पष्ट है कि निदर्शन किसी विशाल समूह, समग्र या योग का एक अंश है जो कि समग्र का प्रतिनिधि है अर्थात अंश की भी वही विशेषताएं है जो कि सम्पूर्ण समूह या समग्र की है।

एक श्रेष्ठ निदर्शन की विशेषताएं :–

सामाजिक घटनाओं के बारे मे हमारा निष्कर्ष उतना ही यथार्थ होगा जितना उत्तम हमारा निदर्शन होगा। अतः निदर्शन का उत्तम होना अध्ययन की सफलता व यथार्थता दोनों के लिए आवश्यक है। **P.V.Young** का कहना है कि सावधानी से चुना गया अपेक्षाकृत छोटा निदर्शन त्रुटिपूर्ण बड़े निदर्शनो से अधिक विश्वसनीय है। एक उत्तम निदर्शन की आवश्यक विशेषताएं निम्नलिखित हैं –

1. निदर्शन प्रतिनिधित्वपूर्ण हो
2. पर्याप्त आकार हो
3. पक्षपात तथा पूर्वाग्रह से स्वतन्त्र हो
4. निदर्शन अध्ययन विषय के उद्देश्य के अनुकूल हो
5. सामान्य ज्ञान तथा तर्क पर आधारित हो
6. व्यवहारिक अनुभवों पर आधारित हो

निदर्शन के प्रकार :–

निदर्शन प्रविधि का तात्पर्य उस विधि से है जिसकी सहायता से प्रतिनिधित्वपूर्ण निदर्शन का चुनाव किया जाता है। अध्ययन निष्कर्षो की यथार्थता के लिए यह आवश्यक है कि निदर्शन समग्र का उचित प्रतिनिधित्व कर सके। इसलिए निदर्शन चुनाव का काम मनमाने ढंग से नहीं किया जा सकता। इसके लिए सुनिश्चित प्रविधियों को

1. Yang, Hsin Pao ; Fact Findig with Rural People, page 35

अपनाना आवश्यक है। निदर्शन के चुनाव की ये प्रविधियां निम्नलिखित हैं –

1. दैव निदर्शन :–

प्रतिनिधित्वपूर्ण निदर्शन के चुनाव में अनुसन्धानकर्ता के स्वयं के पक्षपात तथा मिथ्या झुकाव, अपना पूर्वग्रह की सम्भावना से बचने के लिए तथा सम्पूर्ण समग्र की प्रत्येक इकाई को समान रूप से चुने जाने का अवसर प्रदान करने के लिए दैव प्रणाली द्वारा निदर्शनों का चुनाव एक सर्वश्रेष्ठ प्रणाली है। इस अर्थ मे दैव निदर्शन वे निदर्शन हैं जिन्हे कि दैव प्रणाली या संयोग प्रणाली से चुना जाता है। इस प्रकार इस पद्धति मे निदर्शन का चुनाव मनुष्य के हाथ से निकलकर दैवयोग द्वारा होता है। इसलिए **Thomas Carson** ने लिखा है कि "दैव निदर्शन में आने या निकल जाने का अवसर घटना के लक्षण से स्वतन्त्र होता है।"[1] **Dr. J.C.Chaturvedi** का भी कथन है कि "दैव निदर्शन मे चुनाव दैव तौर पर (at random) किया जाता है ताकि किसी भी इकाई को प्राथमिकता न मिले। इसमें किसी भी एक इकाई के चुने जाने का अवसर उतना ही रहता है जितना कि अन्य किसी इकाई के चुने जाने का।"[2]

Parten ने लिखा है कि "दैव निदर्शन का प्रयोग उस अवस्था में किया जाता है जबकि चुनाव की पद्धति समग्र मे से प्रत्येक व्यक्ति या तत्व को चुने जाने का समान अवसर प्रदान करने का आश्वासन देती है। और भी स्पष्ट रूप में इस पद्धति में समग्र की प्रत्येक इकाई निदर्शन में चुने जाने के लिए स्वतंत्र है और प्रत्येक के लिए चुने जाने का अवसर उपलब्ध किया जाता है अर्थात किसी भी इकाई को प्राथमिकता या प्रमुखता या अधिमान्यता नहीं दी जाती है। दैव निदर्शन को समानुपातिक निदर्शन (Proportionate Sampling) भी कहा जाता है क्योंकि निदर्शन में प्रत्येक वर्ग अथवा तत्व समग्र मे है। दैव निदर्शन में निदर्शन चुनने के कई तरीके हो सकते हैं उनमे से प्रमुख तरीके निम्नलिखित हैं –

1.Carson, Thomas ; Elementary Social Statics, 1941, page 224
2. Dr. Chaturvedi, J.C ; Mathematical Statics, page 12

1. लाटरी प्रणाली (Lottery Method)

2. कार्ड अथवा टिकट प्रणाली (Card of Ticket Method)

3. नियमित अंकन प्रणाली (Regular Marking Method)

4. अनियमित अंकन प्रणाली (Irregular Marking Method)

5. टिप्पेट प्रणाली (Tippet Method)

6. ग्रिड प्रणाली (Grid Method)

7. कोटा निदर्शन (Quota Sampling)

दैव निदर्शन के गुण :–

दैव निदर्शन के अपने कुछ गुण हैं जिन्हें हम निम्नलिखित रूप में प्रस्तुत कर सकते हैं –

1. दैव निदर्शन में निष्पक्षता का गुण होता है। इसमें किसी प्रकार का मिथ्या–झुकाव या पक्षपात की सम्भावना नहीं रहती क्योंकि निदर्शन के चुनाव में किसी भी इकाई को प्राथमिकता या प्रमुखता या अधिमान्यता नहीं दी जाती और प्रत्येक इकाई के निदर्शन में चुने जाने की समान सम्भावना होती है।

2. दैव निदर्शन प्रतिनिधित्वपूर्ण होता है क्योंकि इसमे प्रत्येक इकाई को चुने जाने का समान अवसर होने के कारण दैव निदर्शन की इकाइयों में समग्र के अधिकाधिक लक्षण विद्यमान होते है।

3. दैव निदर्शन, निदर्शन की सबसे सरल पद्धति है जिसमें किसी जटिल प्रक्रिया अथवा गूढ नियमों का पालन नहीं करना पड़ता है।

4. दैव निदर्शन में सम्भावित अशुद्धता का पता लगाया जा सकता है। यदि निदर्शन पूर्णतया दैव निदर्शन प्रणाली द्वारा चुना गया है तो गणितीय विधियों द्वारा इस बात का सही – सही अनुमान लगाया जा सकता है कि निदर्शन का वास्तविक माप से कितना अन्तर है।

2. उद्देश्यपूर्ण अथवा सविचार निदर्शन :–

जब अनुसंधानकर्ता किसी विशेष उद्देश्य को सामने रखकर जानबूझकर समग्र मे कुछ इकाइयों का चुनाव करता है तो उसे उद्देश्यपूर्ण या सविचार निदर्शन कहते हैं। इस प्रकार के निदर्शन के चुनाव का मुख्य आधार ही है कि इसमे अनुसन्धानकर्ता समग्र की इकाइयों के लक्षणों से पूर्वपरिचित होकर विस्तारपूर्वक निदर्शनों का चुनाव करता है। चुनाव का आधार अध्ययन का उद्देश्य होता है और उद्देश्यों को सामने रखते हुए उसी के अनुरुप अनुसन्धानकर्ता सम्पूर्ण क्षेत्र से सर्वाधिक प्रतिनिधित्वपूर्ण इकाइयों का चुनाव करता है।

3. संस्तरित अथवा वर्गीकृत निदर्शन :–

Hsin Pao Yang ने लिखा है कि "संस्तरित निदर्शन का अर्थ समग्र मे से उप निदर्शनों को लेना है जिनकी समान विशेषताएं है जेसे खेती के प्रकार, खेतों के आकार, भूमि पर स्वामित्व, शिक्षा स्तर, आय, लिंग, सामाजिक वर्ग आदि उप निदर्शनों के अन्तर्गत आने वाले इन तत्वों को एक साथ लेकर प्रारुप या श्रेणी के रूप मे वर्गीकृत किया जाता है।"[1] संस्तरित निदर्शन तीन प्रकार का होता है।

1. समानुपातिक संस्तरित निदर्शन
2. असमानुपातिक संस्तरित निदर्शन
3. भारयुक्त संस्तरित निदर्शन

4. बहुस्तरीय निदर्शन :–

इसका उपयोग बड़े अध्ययन क्षेत्र से निदर्शन चुनने के लिए किया जाता है। इसे बहुस्तरीय निदर्शन इसलिए कहते हैं कि इसमें निदर्शन के चुनाव की प्रक्रिया कई स्तरों से होकर गुजरती है। बहुस्तरीय निदर्शन दैव निदर्शन एवं संस्तरित निदर्शन का सम्मिलित रूप है और यदि पर्याप्त सावधानी बरती गयी तो इनमें उक्त दोनों प्रणालियों के लाभ प्राप्त हो जाते हैं।

---

1. Yang, Hsin Pao ; Fact Findig with Rural People, page 36-37

5. सुविधाजनक निदर्शन :–

जैसे कि नाम से ही स्पष्ट है इसमे अनुसन्धानकर्ता अपनी सुविधा के अनुसार निदर्शन का चुनाव करता है। अनुसन्धानकर्ता निदर्शन के चुनने से पहले उपलब्ध धन, समय, साधन सूची की उपलब्धता, इकाइयों से सम्पर्क स्थापित करने की योग्यता आदि विषयों को ध्यान में रखते हुए जैसी सुविधा उपलब्ध होती है उसी के अनुसार निदर्शन का चुनाव करता है।

6. स्वयं निर्वाचित निदर्शन :–

जब सम्बन्धित व्यक्ति जिसका कि अध्ययन करना है अथवा जो सूचनादाता है, स्वयं अपना नामी देकर निदर्शन की इकाई बन जाते हैं और अनुसन्धानकर्ता को उनका चुनाव नहीं करना पड़ता है तो उसे स्वयं निर्वाचित निदर्शन कहते है।

7. क्षेत्रीय निदर्शन :–

क्षेत्रीय निदर्शन वह निदर्शन है जिसे विभिन्न छोटे – छोटे क्षेत्रों मे से अनुसन्धानकर्ता के द्वारा उसकी सुविधा तथा निर्णय के अनुसार चुन लिया जाता है तथा उस एक क्षेत्र के सभी निवासियों का सम्पूर्ण अध्ययन किया जाता है।

निदर्शन की उपयोगिता :–

सामाजिक अनुसंधान में निदर्शन एक महत्वपूर्ण चरण है। इसके प्रमुख लाभ निम्नांकित है –

1. निदर्शन के प्रयोग द्वारा अनुसन्धानकर्ता के समय की बचत होती है क्योंकि इसमें सीमित इकाइयों का अध्ययन किया जाता है।

2. इसमे धन की बचत होती है।

3. इसके द्वारा विस्तृत एवं गहन अध्ययन सम्भव हो जाता है। सीमित इकाइयो के अध्ययन के कारण अनुसन्धानकर्ता विस्तृत क्षेत्र मे अध्ययन कर सकता है और साथ ही सूचनाओं के संकलन में गहनता ला सकता है।

4. इसमे वैज्ञानिकता का समावेश होता है।

अनुसूची

अनुसूची सामाजिक अनुसंधान की समस्या से सम्बन्धित आंकड़े एकत्रित करने का एक उपकरण है। यह सर्वाधिक प्रचलित प्रविधि है क्योंकि इसका यथार्थ एवं वास्तविक आंकड़ों को प्रत्यक्ष रूप मे संकलन करने में महत्वपूर्ण स्थान है। यह प्रश्नों की एक सूची है जिसे अनुसंधानकर्ता सूचनादाता के पास लेकर जाता है तथा उससे प्रश्नों के उत्तर पूछ कर स्वयं उन्हें अनुसूची मे अंकित करता है क्योंकि इसमे साक्षात्कार तथा अवलोकन पूरक सहायक प्रविधियों का कार्य करती है। अतः यह अधिक विश्वसनीय आंकड़ों के संकलन में सहायक है। भारतीय समाज में हो रहे सामाजिक अनुसन्धानों मे इस प्रविधि का सर्वाधिक प्रयोग किया जाता है क्योंकि इसके द्वारा शिक्षित एवं अशिक्षित दोनों प्रकार के सूचनादाताओं से आंकड़े एकत्रित किए जा सकते है।

अनुसूची का अर्थ एवं परिभाषाएं :-

अनुसूची प्रश्नों की एक सूची है अर्थात यह अनुसंधान समस्या से सम्बन्धित आंकड़े एकत्रित करने के लिए बनाये गये प्रश्नों की एक तालिका है जिसे अनुसन्धानकर्ता प्रत्येक सूचनादाता के पास लेकर जाता है तथा साक्षात्कार द्वारा उन प्रश्नों के उत्तर प्राप्त करके उन्हें स्वयं प्रपत्र पर अंकित करता है जिस पर कि प्रश्न अंकित है। इसमे अनुसंधानकर्ता को प्रत्येक सूचनादाता से प्रत्यक्ष सम्बन्ध स्थापित करना पड़ता है। प्रायः लोग अनुसूची तथा प्रश्नावली को एक ही समझ लेते है क्योंकि प्रश्नावली भी प्रश्नों की एक सूची है अर्थात एक ऐसा प्रपत्र है जिस पर कुछ प्रश्न छपे हुए है। परन्तु प्रश्नावली को लेकर अनुसंधानकर्ता स्वयं सूचनादाता के पास नहीं जाता अपितु इसे डाक द्वारा भेजता है जिसके कारण इसे डाक प्रश्नावली कहते है। यदि सूचनादाता एक ही स्थान पर उपलब्ध है तो अनुसन्धानकर्ता प्रत्येक सूचनादाता को एक एक प्रश्नावली दे देता है जिसका उत्तर स्वयं सूचनादाता भरते है। अतः अनुसूची तथा

प्रश्नावली एक ही नहीं है वरन इनमे उत्तर प्राप्त करने के ढंग तथा उत्तरो को अंकित करने की दृष्टि से मूल भूत अन्तर है। प्रमुख विद्वानों ने अनुसूची को निम्न प्रकार से परिभाषित किया है ।

Goode and Hatt के अनुसार, "अनुसूची प्रायः ऐसे प्रश्नों के समूह का नाम है जिन्हें एक साक्षात्कार कर्ता अन्य व्यक्ति से आमने सामने की स्थिति मे पूछता है तथा उनके उत्तर स्वयं भरता है।"[1]

Bogardus के अनुसार, "अनुसूची तथ्यों को एकत्रित करने के लिए एक औपचारिक प्रणाली का प्रतिनिधित्व करती है जो वस्तुनिष्ठ के रूप मे है एवं आसानी से प्रत्यक्ष अनुभव किये जाने योग्य है। अनुसूची स्वयं अनुसंधानकर्ता द्वारा भरी जाती है।"[2]

P.V.Young के अनुसार, "अनुसूची औपचारिक तथा मानक अनुसंधानो मे प्रयोग किए जाने वाला एक ऐसा उपकरण है जिसका प्रमुख उद्देश्य बहुस्तरीय गणनात्मक आंकड़े संकलन करने मे सहायता प्रदान करना है।"[3]

McCromic के अनुसार, "अनुसूची प्रश्नो की एक सूची से अधिक कुछ भी नहीं है जिनका उपकल्पना या उपकल्पनाओं की जांच के लिए उत्तर देना आवश्यक दिखाई देता है।"[4]

अनुसूची के उद्देश्य :–

सामाजिक अनुसंधान में आंकड़े संकलन करने मे अनुसूची का विशेष महत्व है। अधिकतर अध्ययनो मे इसी प्रविधि का प्रयोग किया जाता है क्योंकि इसमें साक्षात्कार तथा अवलोकन पूरक प्रविधियों का कार्य करती है तथा इसका उद्देश्य ही अध्ययन को अधिक गहन, सूक्ष्म एवं वैज्ञानिक बनाना है। अनूसूची के कुछ प्रमुख उद्देश्य निम्नलिखित हैं :–

1. Goode, William J. and Hatt, Paul,K.;Methods in Social Research, Newyork 1952, page 133
2. Bogardus, E.S ; Introduction to Social Research, 1936 page 45
3. Young,P.V. ; Scientific Social Survey and Research, Bombay,1960 page 186-187
4. McCromic, Carson, Elementary Social Statics, 1941, p.37

1. अवलोकन में सहायता प्रदान करना :–

अनुसूची का उद्देश्य अवलोकनकर्ता को अवलोकन क्षमता को बढाना तथा अवलोकन को अधिक वैज्ञानिक बनाना है क्योंकि यह प्रविधि वस्तुनिष्ठ अभिलेखन एवं अनिवार्य सूचना संकलन करने में विशेष रूप से सहायता प्रदान करती है। यह अवलोकनकर्ता को विभिन्न पहलुओं के बारे में अवलोकन का अवसर प्रदान करके अध्ययन को अधिक विश्वसनीय बनाती है। अतः यह अवलोकन में निम्न प्रकार से योगदान प्रदान करती है :–

1. यह प्रविधि अवलोकनकर्ता की अवलोकन क्षमता को बढाने में सहायता प्रदान करती है।
2. यह प्रविधि अवलोकन को उद्देश्यो के अनुरूप बनाती है।
3. यह प्रविधि अवलोकन को अधिक वस्तुनिष्ठ बनाती है।
4. यह प्रविधि अवलोकन परिणामों का प्रमापीकरण करने में सहायता प्रदान करती है।

2. अध्ययन को गहन एवं अधिक अर्थपूर्ण बनाना –

अनुसूची क्योंकि अवलोकन एवं साक्षात्कार प्रविधियों को भी अपने में सन्निहित करती है। अतः यह अध्ययन को अन्य प्रविधियों की अपेक्षा अधिक गहन एवं अर्थपूर्ण बनाने में सहायक है।

3. मूल्यांकन अध्ययनों में सहायता प्रदान करना –

अनुसूची का उद्देश्य मूल्यांकन अध्ययनो मे सहायता प्रदान करना है। इससे हम सूचनादाताओं के मतों, रायों, रूचियों, मनोवृत्तियों तथा विचारों मे पाए जाने वाली भिन्नताओं एवं समानताओं का पता लगा सकते है अर्थात उनके मूल्यों का मूल्यांकन कर सकते है।

4. अनुसूची केवल प्राथमिक आंकड़े संकलन करने मे ही सहायक नहीं है अपितु

प्रलेखीय या ऐतिहासिक आंकड़े संकलन करने मे भी सहायक है। संस्था सर्वेक्षण अनुसूची या प्रलेख अनुसूची द्वितीयक आंकड़ो के संकलन मे सहायता प्रदान करती है।

अनुसूची के प्रकार :–

सामाजिक अनुसंधान में विविध प्रकार की अनुसूचियों के प्रयोग में लाया जाता है। **G.A Lundberg** उद्देश्यों के आधार पर अनुसूचियों की तीन श्रेणियो का उल्लेख किया है

1. वस्तुनिष्ठ तथ्यों के संकलन के लिए निर्मित अनुसूची
2. मनोवृत्तियों तथा मतों का पता लगाने वाली अनुसूची तथा
3. सामाजिक संगठनो एवं संस्थाओ की स्थिति एवं कार्यो का पता लगाने के लिए निर्मित अनुसूची ।

P.V.Young ने अपनी पुस्तक Scientific Social Survey and Research में चार प्रकार की अनुसूचियों का उल्लेख किया है

1. अवलोकन अनुसूची
2. मूल्यांकन अनुसूची
3. प्रलेख अनुसूची तथा
4. संस्था सर्वेक्षण अनुसूची

मुख्य रूप से सामाजिक अनुसन्धान में प्रयोग की जाने वाली अनुसूचियों को निम्नलिखित श्रेणियों या प्रकारों मे विभाजित कर सकते हैं :–

1. अवलोकन अनूसूची :–

अवलोकन अनूसूचियों का प्रयोग किसी प्रक्रिया घटना या परिस्थिति के निरीक्षण या व्यक्तियों द्वारा निश्चित अवधि के दौरान प्रदर्शित व्यवहार के निरीक्षण के लिए किया जाता है। अनुसूची का प्रयोग करने से अवलोकन अधिक व्यवस्थित एवं क्रमबद्ध हो जाता है। **Dorothy Thomas** and **Charlotte Buhler** नामक विद्वानों ने

अवलोकन अनुसूची द्वारा शास्त्रीय अध्ययन किए है। इस प्रकार की अनूसूची में सामान्यतः प्रश्न आधार बिन्दुओं के रूप मे लिख रहते है अर्थात जरूरी नहीं है कि वे पूरे ही लिखे जायें। इन्हें संकेतो मे भी लिखा जा सकता है। साथ ही इस प्रकार की अनूसूची मे अनुसंधानकर्ता को सूचनादाता के पास उत्तर लेने के लिए नहीं जाना पड़ता है अपितु वह इन प्रश्नों के उत्तर अवलोकन द्वारा ही प्राप्त करता है। वस्तुतः अवलोकन अनुसूची अध्ययन को अधिक वैज्ञानिक बना देती है क्योंकि यह वस्तुनिष्ठ अभिलेखन एवं केवल अनिवार्य सूचना संकलन में सहायता देने के साथ ही साथ अनुसंधानकर्ता को सभी पहलुओं के बारे में निरीक्षण करने का भी अवसर प्रदान करती है। इसके द्वारा एकत्रित सूचनाएं सामान्यतः अधिक विश्वसनीय होती है।

2. मूल्यांकन अनुसूची –

इस प्रकार की अनुसूची का प्रयोग सूचनादाताओं के मतों, रूचियों एवं विचारों मे पाई जाने वाली भिन्नताओं का पता लगाने के लिए अर्थात् किसी विषय के बारे में सूचनादाताओं के मूल्यों एवं मनोवृत्तियों इत्यादि का मूल्यांकन करने के लिए किया जाता है। समाजशास्त्र तथा सामाजिक मनोविज्ञान में अनेक पैमानों का निर्माण किया जाता है जिनसे किसी सामाजिक घटना या पहलू के बारे मे पक्ष एवं विपक्ष के विचारों तथा विभिन्न जातियों एवं समूहों में सामाजिक दूरी का पता चलता है। ये पैमाने वास्तव में मूल्यांकन अनुसूचियां ही है। जनमत का अध्ययन करने तथा मनोवृत्तियो एवं मूल्यों का मूल्यांकन करने में इस प्रकार की अनुसूचियां विशेष रूप से उपयोगी है।

3. संस्था सर्वेक्षण अनुसूची :–

इस प्रकार की अनुसूची का प्रयोग जैसा कि इसके नाम से ही स्पष्ट है संस्था के सर्वेक्षण अथवा इसकी विभिन्न समस्याओं का अध्ययन करने के लिए किया जाता है। इस प्रकार की अनुसूची वास्तव मे संस्था से सम्बन्धित सम्पूर्ण जानकारी प्राप्त करने के लिए एक लम्बी प्रश्नों की सूची होती है। **P.V.Young** ने अपनी पुस्तक Scientific

Social Survey and Research में इस अनुसूची के विषय में लिखा है कि संस्था सर्वेक्षण अनुसूची का प्रयोग किसी संस्था के समक्ष उत्पन्न होने वाली समस्याओं का पता लगाने के लिए किया जाता है।

4. साक्षात्कार अनुसूची –

साक्षात्कार अनुसूची सूचनादाताओं से प्रत्यक्ष रूप से सम्पर्क स्थापित करके उनसे औपचारिक साक्षात्कार द्वारा प्रश्नों का उत्तर प्राप्त करने से सम्बन्धित है। इसमे प्रश्नों की रचना पहले से ही की होती है और साक्षात्कारकर्ता या कार्यकर्ता इन्हे एक एक करके सूचनादाता से पूछता जाता है और उनके उत्तर स्वयं भरता जाता है। यह साक्षात्कार को अधिक व्यवस्थित बनाने के लिए प्रयोग में लाई जाती है।

5. प्रलेख अनुसूची :–

इस प्रकार की अनुसूची का प्रयोग विभिन्न प्रकार के प्रलेखों से सूचनाएं एकत्रित करने के लिए किया जाता है। उदाहरण के लिए प्रकाशित ग्रन्थों, पुस्तकों, समाचारपत्रों, जीवन गाथाओं तथा अन्य प्रकार की लिखित सामग्री से सूचनाएं प्राप्त करने मे प्रलेख अनुसूची अत्यधिक उपयोगी है। विभिन्न विषयों का विकास जानने के लिए किसी विषय मे अध्ययन रूचियों में हो रहे परिवर्तन जानने के लिए तथा अन्तर्वस्तु विश्लेषण के लिए प्रलेख अनुसूचियाँ ही अधिकतर प्रयोग में लाई जाती है।

साक्षात्कार :–

साक्षात्कार अनुसन्धान में आंकड़े संकलन करने की एक प्राचीन एवं बहुचर्चित प्रविधि है जिसका समाजशास्त्र में इतना अधिक प्रयोग किया गया है कि यह आज एक सर्वाधिक प्रचलित एवं सर्वोपरि प्रविधि मानी जाती है। अवलोकन द्वारा हम अनेक प्रकार के अध्ययन नहीं कर सकते परन्तु साक्षात्कार प्रविधि सूचनादाता के सामने बैठकर वार्तालाप का अवसर प्रदान करती है जिससे कि उसके मनोभावों, मनोवृत्तियों

तथा दृष्टिकोणों के बारे में भी जानकारी प्राप्त हो सकती है। इसका प्रयोग केवल समाजशास्त्र में ही नहीं किया जाता अपितु अन्य सामाजिक विज्ञानों, मनोचिकित्सा, मनोविश्लेषण एवं चिकित्सा जैसे विषयों में भी अत्यधिक प्रचलन देखा जा सकता है। साक्षात्कार प्रविधि द्वारा अनुसंधानकर्ता सूचनादाता के बाहरी एवं आन्तरिक जीवन का अध्ययन कर सकता है। आलपोर्ट के अनुसार यह प्रविधि सूचनादाताओं की भावनाओं, अनुभवों, संवेगो तथा मनोवृत्तियो के अध्ययन में विशेष रूप से उपयोगी है।

साक्षात्कार का अर्थ एवं परिभाषाएं :-

साक्षात्कार दो या दो से अधिक व्यक्तियो की एक बैठक है जिसमें साक्षात्कारकर्ता सूचनादाताओं से अपनी अनुसन्धान की समस्या से सम्बन्धित औपचारिक या अनौपचारिक रूप में प्रश्न पूछ कर सूचनाएं एकत्रित करता है। साक्षात्कार का शाब्दिक अर्थ ही सूचनादाता के आन्तरिक जीवन को देखना है अर्थात इससे भीतरी तथ्यों की जानकारी प्राप्त करना है। दैनिक जीवन में भी साक्षात्कार शब्द का प्रयोग किसी व्यक्ति द्वारा अन्य व्यक्ति से आमने सामने की परिस्थिति में प्रश्न पूछे जाने के रूप में किया जाता है।विभिन्न विद्वानों ने साक्षात्कार की परिभाषाएं निम्न प्रकार दी है –

William,J.Goode and Paul K. Hatt के अनुसार, "साक्षात्कार मौलिक रूप से सामाजिक अन्तक्रिया की एक प्रक्रिया है।"[1]

P.VYoung के अनुसार, "साक्षात्कार को एक क्रमबद्ध पद्धति माना जा सकता है जिसके द्वारा एक व्यक्ति अन्य ऐसे व्यक्ति जो सामान्यतः उसके लिए तुलनात्मक रूप से अजनबी होता है, के आन्तरिक जीवन में अधिक या कम कल्पनात्मक रूप से प्रवेश करता है।"[2]

Hsin Pao Yang के अनुसार, "साक्षात्कार क्षेत्रीय कार्य की एक पद्धति है जो कि किसी व्यक्ति या व्यक्तियों के व्यवहार का निरीक्षण करने, कथनो को अंकित

---

1. Goode, William J. and Hatt, Paul,K.;Methods in Social Research, Newyork 1952, page 186
2. Young,P.V. ; Scientific Social Survey and Research, Bombay,1960 page 242

करने तथा सामाजिक एवं सामूहिक अन्तः क्रिया के वास्तविक परिणामों का निरीक्षण करने के लिए प्रयोग मे लाई जाती है । इसलिए यह एक सामाजिक प्रक्रिया है जिसमें सामान्यतः दो व्यक्तियों मे अन्तः क्रिया पाई जाती है।"[1]

V.M.Palmer के अनुसार, "साक्षात्कार दो व्यक्तियों के मध्य एक सामाजिक स्थिति की रचना करता है तथा इसमे प्रयुक्त मनोवैज्ञानिक प्रक्रिया के अन्तर्गत दोनों को परस्पर प्रत्युत्तर देने पड़ते है।"[2]

उपर्युक्त परिभाषाओं के आधार पर यह स्पष्ट होता है कि साक्षात्कार सामाजिक अनुसंधान में आंकड़े संकलन करने की एक प्रविधि है जिसमें साक्षात्कारकर्ता सूचनादाता के बाहरी एवं आन्तरिक जीवन से सम्बन्धित तथ्यों का परस्पर वार्तालाप (औपचारिक या अनौपचारिक) द्वारा पता लगाता है। परिभाषाओं के आधार पर साक्षात्कार की निम्नलिखित विशेषताएं स्पष्ट होती हैं :–

1. साक्षात्कार सामाजिक अनुसंधान में आंकड़े संकलन करने की एक प्रविधि है।
2. इसमे कम से कम दो व्यक्ति प्रत्यक्ष या आमने सामने का सम्पर्क स्थापित करते है।
3. साक्षात्कार मे साक्षात्कारकर्ता औपचारिक रूप में साक्षात्कार अनुसूची या निर्देशिका की सहायता से या अनौपचारिक रूप में साक्षात्कारदाता से अपनी अनुसन्धान की समस्या से सम्बन्धित प्रश्न पूछता है, अर्थात् उसका एक निश्चित उद्देश्य होता है।
4. साक्षात्कार एक सामाजिक प्रक्रिया है जिसमें साक्षात्कारकर्ता तथा साक्षात्कारदाता के मध्य प्राथमिक सम्बन्ध विकसित होते हैं।

साक्षात्कार के उद्देश्य :–

साक्षात्कार केवल दो व्यक्तियों में ऐसे ही वार्तालाप करने की प्रक्रिया नहीं है

1. Yang, Hsin Pao ; Fact Findig with Rural People, page 36-37
2. Palmer, V.M ; Field Studies in Socialogy, page, 170

अपितु इसके अनेक उद्देश्य हैं अर्थात साक्षात्कारकर्ता तथा साक्षात्कारदाता में वार्तालाप किसी विशेष उद्देश्य के लिए होता है। साक्षात्कार के प्रमुख उद्देश्य निम्नलिखित है :—

1. साक्षात्कार का प्रथम उद्देश्य अनुसन्धानकर्ता को सूचनादाताओं से प्रत्यक्ष या आमने सामने का सम्पर्क स्थापित करके उनसे आंकड़े संकलन करने मे सहायता प्रदान करना है। आमने – सामने बैठकर केवल अनुसन्धानकर्ता सूचनादाताओ से खुलकर वार्तालाप ही नहीं करता अपितु उनके चेहरे पर आने वाले मनोभावों को समझने का भी प्रयत्न करता है।

2. साक्षात्कार उपकल्पनाओं का निर्माण करने का एक महत्वपूर्ण स्रोत है। इसका प्रयोग दो अथवा दो से अधिक चरों के परस्पर सम्बन्धों को जानने के लिए अर्थात अन्वेषणात्मक ढंग से सूचना प्राप्त करके उपकल्पनाओं का निर्माण करने के लिए किया जाता है।

3. साक्षात्कार का उद्देश्य सूचनादाताओं के आन्तरिक जीवन में झांकना है। **P.V.Young** के अनुसार इसका उद्देश्य सूचनादाता के व्यक्तित्व का एक चित्र बनाना है। अतः यह सूचनादाताओं के आन्तरिक जीवन से सम्बन्धित जिसे हम अवलोकन द्वारा नहीं देख सकते, आंकड़े एकत्रित करने में विशेष रूप से सहायक प्रविधि है।

4. साक्षात्कार द्वारा सूचनादाताओं के दोनों आन्तरिक एवं बाहरी जीवन के अध्ययन करने का अवसर मिलता है। अनुसन्धानकर्ता को सूचनादाताओं के बारे मे बहुत सी बातें देखकर ही पता चल जाती हैं।

5. साक्षात्कार जहाँ एक ओर अपने में पूर्ण प्रविधि है वहीं यह अन्य प्रविधियों की प्रभावपूर्णता को बढाने की दृष्टि से एक पूरक प्रविधि के रूप में भी प्रयोग की जाती है। अनुसूची तथा अवलोकन में यह एक पूरक प्रविधि के रूप मे प्रयोग में लाई जाती है। **P.V.Young** के अनुसार, ''सामाजिक अनुसन्धानों में साक्षात्कार कोई पृथक उपकरण

नहीं है अपितु यह अन्य विधियों एवं प्रविधियों का पूरक है। यह अध्ययन को गहन बनाता है और अन्य स्रोतों एवं साधनों द्वारा एकत्रित सूचनाओं को नियंत्रित करता है।''

साक्षात्कार के प्रकार :–

साक्षात्कार के कितने प्रकार है यह बताना एक कठिन कार्य है क्योंकि विभिन्न विद्वानों ने साक्षात्कार का वर्गीकरण विभिन्न आधार पर किया है। साक्षात्कार के वर्गीकरण में जो आधार अपनाये गये हैं उनमें उत्तरदाताओं की संख्या, सम्पर्क, औपचारिकता, पद्धतिशास्त्र एवं संरचना आदि प्रमुख है।

उत्तरदाताओं की संख्या के आधार पर साक्षात्कार को दो श्रेणियो में बांटा गया है –

1. व्यक्तिगत साक्षात्कार
2. सामूहिक साक्षात्कार

साक्षात्कार का प्रयोग विविध प्रकार की परिस्थितियों में किया जाता है, उद्देश्यों के आधार पर इसे मुख्य रूप से निम्नांकित तीन श्रेणियों में विभाजित किया जा सकता है :–

1. निदानात्मक या लक्षण परीक्षक साक्षात्कार
2. उपचारात्मक साक्षात्कार
3. अनुसन्धानात्मक साक्षात्कार

साक्षात्कारकर्ता एवं साक्षात्कारदाता में सम्पर्क के आधार पर साक्षात्कार का वर्गीकरण निम्न प्रकार से किया गया है :–

1. प्रत्यक्ष साक्षात्कार
2. अप्रत्यक्ष साक्षात्कार

सम्पर्क की अवधि के आधार पर भी साक्षात्कार का वर्गीकरण किया जा सकता है, जैसे अल्पकालीन साक्षात्कार जिसमें सम्पर्क की अवधि छोटी होती है जैसा कि

सामान्यतः अनुसन्धानों मे होता है तथा दीर्घकालीन साक्षात्कार जिसमे सम्पर्क की अवधि काफी लम्बी होती है। मनोचिकित्सीय साक्षात्कार सामान्यतः दीर्घकालीन अवधि के होते है।

प्रश्न पूछे जाने की पद्धति तथा उत्तरों को लेखबद्ध करने में किस प्रकार का ढंग अपनाया जाता है इसके आधार पर भी वर्गीकरण किया जा सकता है। औपचारिकता के आधार पर साक्षात्कार को निम्नांकित दो श्रेणियों में विभाजित किया जाता है :–

1. औपचारिक साक्षात्कार
2. अनौपचारिक साक्षात्कार

पद्धतिशास्त्र, अध्ययन पद्धति अथवा अध्ययन क्षेत्र के आधार पर साक्षात्कार को निम्न तीन श्रेणियों मे विभाजित किया जा सकता है :–

1. केन्द्रित साक्षात्कार
2. गैर निर्देशित साक्षात्कार
3. पुनरावृत्ति साक्षात्कार

साक्षात्कार के समय पूछे जाने वाले प्रश्नों की संरचना या प्रकृति के आधार पर भी साक्षात्कार को निम्न तीन श्रेणियो मे विभाजित किया जा सकता है :–

1. मतदान प्रकार का साक्षात्कार
2. खुला साक्षात्कार
3. अप्रतिबन्धित साक्षात्कार

निरीक्षण :–

निरीक्षण प्रविधि सामाजिक विज्ञानों से सम्बन्धित अनुसन्धान कार्यो के सन्दर्भ में कोई नवीन प्रविधि नहीं है। सामाजिक विज्ञानों की बात तो और है प्राकृतिक विज्ञानों मे तो इस प्रविधि का सम्भवतः शुरू से ही प्रयोग होता आया है। **Goode and Hatt** ने उचित ही लिखा है कि "विज्ञान निरीक्षण से प्रारम्भ होता है और फिर सत्यापन के

लिए अन्तिम रूप से निरीक्षण पर ही लौटकर आना पड़ता है।"[1]

P.V.Young के अनुसार, "निरीक्षण को नेत्रों द्वारा सामूहिक व्यवहार एवं जटिल सामाजिक संस्थाओं के साथ ही साथ सम्पूर्णता की रचना करने वाली पृथक इकाइयों के अध्ययन की विचारपूर्ण पद्धति के रूप में प्रयुक्त किया जा सकता है।"[2]

C.A.Moser ने निरीक्षण के बारे मे कहा है कि "ठोस अर्थ मे निरीक्षण में कानों तथा वाणी की अपेक्षा आंखो के प्रयोग की स्वतन्त्रता है।"[3]

उपरोक्त परिभाषाओ के अध्ययन से यह स्पष्ट ही है कि एक निरीक्षण प्रविधि प्राथमिक सामग्री के संग्रहण की प्रत्यक्ष प्रविधि है। निरीक्षण का तात्पर्य उस प्रविधि से है जिसमें नेत्रों द्वारा नवीन अथवा प्राथमिक तथ्यों का विचारपूर्वक संकलन किया जाता हो, साथ ही इस प्रविधि में अनुसंधानकर्ता अध्ययन के अन्तर्गत आए समूह के दैनिक जीवन में भाग लेते हुए अथवा उससे दूर बैठकर उनके सामाजिक एवं व्यक्तिगत व्यवहारों का अपनी ज्ञानेन्द्रियों द्वारा निरीक्षण करता है।

निरीक्षण के प्रकार –

अध्ययन की सुविधा की दृष्टिकोण से निरीक्षण को प्रायः कई भागों मे विभाजित किया जा सकता है। प्रमुख रूप से निरीक्षण का निम्नवत वर्गीकरण किया जा सकता है :–

1. अनियन्त्रित निरीक्षण (Un-Controlled Observation)
2. नियन्त्रित निरीक्षण (Controlled Observation)
3. सहभागी निरीक्षण (Participant Observation)
4. असहभागी निरीक्षण (Non-Participant Observation)
5. अर्द्ध सहभागी निरीक्षण (Quasi-Participant Observation)
6. सामूहिक निरीक्षण (Mass Observation)

---

1. Goode, William J. and Hatt, Paul,K.;Methods in Social Research, Newyork 1952, page 133
2. Young,P.V. ; Scientific Social Survey and Research, Bombay,1960 page 186-187
3. Moser, C.A ; Survey Methods in Social Investigation, London, 1961, page 169

प्रस्तुत अध्ययन में हमने अर्द्ध सहभागी निरीक्षण का सहारा लिया है। अतः हम निरीक्षण के अन्य प्रकारों का वर्णन न करते हुए यहां पर केवल अर्द्ध सहभागी निरीक्षण का उल्लेख कर रहे हैं। पूर्ण सहभागी या पूर्ण असहभागी निरीक्षण कभी – कभी ही सम्भव हो पाता है। इसलिए **Goode and Hatt** ने इन दोनों के मध्यवर्ती मार्ग को अपनाने का सुझाव दिया है जिसको कि अर्द्ध सहभागी निरीक्षण कहा जाता है। इस प्रकार के निरीक्षण मे अनुसन्धानकर्ता अध्ययन किए जाने वाले समुदाय के कुछ साधारण कार्यो में भाग भी लेता है, यद्यपि अधिकांशतः वह तटस्थ भाव से बिना भाग लिये उनका निरीक्षण करता है। **Prof. William White** का कहना है कि हमारे समाज की जटिलता के कारण पूर्ण एकीकरण का दृष्टिकोण अव्यवहारिक रहता है। एक वर्ग के साथ एकीकरण से उसका सम्बन्ध अन्य वर्गो से समाप्त हो जाता है। इसलिए अर्द्ध तटस्थ नीति ही बनाये रखना अधिक उत्तम होता है।

निरीक्षण प्रविधि के गुणों या महत्व के विषय में आज सम्भवतः किसी के भी मन मे कोई सन्देह नहीं क्योंकि वास्तव में सर्वप्रचलित एवं सर्वमान्य विधि होने के कारण आजकल अनुसन्धान कार्यों मे इसकी उपयोगिता अत्यधिक बढ़ गयी है। संक्षेप में इसके कुछ मुख्य गुण इस प्रकार प्रस्तुत किए जा सकते है –

1. निरीक्षण प्रविधि का सबसे प्रमुख गुण उसकी सरलता है। किसी भी प्रविधि में प्रायः किसी न किसी प्रकार के विशेष ज्ञान की आवश्यकता होती है परन्तु इस प्रविधि में निरीक्षण करना अत्यन्त सरल है।

2. निरीक्षण प्रविधि के प्रयोग से अनुसन्धान से प्राप्त हुए निष्कर्षो से अत्यधिक यथार्थता एवं विश्वसनीयता होती है।

3. प्राक्कलपनाओं के निर्माण में भी निरीक्षण प्रविधि अत्यधिक सहायक होती है।

4. निरीक्षण प्रविधि की एक मुख्य बात यह है कि इस प्रविधि से प्राप्त सूचनाओं

के सत्यापन को भी आसानी से आंका जा सकता है। अनुसन्धानकर्ता एक ही सामाजिक घटना को कई बार निरीक्षण करके उस घटना का सत्यापन परख सकता है। सम्भवतः अन्य प्रविधि में यह सुविधा इतनी आसानी से प्राप्त नहीं होती ।

अध्याय तृतीय

चिकित्सक एवं रोगी की भूमिका प्रारुप

- चिकित्सक की सामाजिक भूमिका
- चिकित्सीय उप–व्यवस्था में चिकित्सक रोगी सम्बन्ध
- विभिन्न सामाजिक पृष्ठभूमि में चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध
- रोगी की सामाजिक भूमिका
- चिकित्सक रोगी सम्बन्ध का भविष्य

अध्याय – तृतीय

चिकित्सक एवं रोगी की भूमिका प्रारूप

प्रत्येक चिकित्सा क्रिया में सदैव दो पक्ष, चिकित्सक एवं रोगी सन्निहित होते हैं। चिकित्सा विज्ञान इन दोनो समूहों मे अन्तर्निहित अनेक उपसमूहों के विविध अन्तर्सम्बन्धों का प्रतिफल है। चिकित्सा विज्ञान का इतिहास विज्ञान के इतिहास, संस्थाओं एवं औषधि के गुणो आदि से ही परिसीमित नहीं होता वरन उसे रोगी के इतिहास पर भी महत्व देना पड़ता है। यही कारण है कि चिकित्सा विज्ञान के इतिहास मे चिकित्सक रोगी अंतर्संसम्बन्ध महत्वपूर्ण प्रतिपाद्य विषय रहा है। चिकित्सक रोगी सम्बन्धो के विषय पर अपना विचार स्पष्ट करते हुए प्रसिद्ध चिकित्सा समाज वैज्ञानिक सिगरिस्ट ने कहा है कि चिकित्सक रोगी के मध्य अन्तर्सम्बन्धो का विभिन्न प्रारूप चिकित्सा शास्त्र के विद्यार्थियों के लिए संस्थाओं के अध्ययन के समान महत्वपूर्ण विषय है। चिकित्सक एवं रोगी की भूमिका को चिकित्सीय पृष्ठभूमि मे सामाजिक, सांस्कृतिक पर्यावरण को महत्व प्रदान करते हुए अध्ययन करना चाहिए।

चिकित्सक रोगी सम्बन्धों के विश्लेषणकर्ताओ को कुछ सम्प्रत्यात्मक जटिलताओं से सतर्क रहना अपेक्षित होता है। प्रथम 'भूमिका' के संकीर्ण समाज वैज्ञानिक परिभाषा से जिसमें चिकित्सक एवं रोगी के पृथक – पृथक विवेकपूर्ण क्रिया को ही भूमिका कहा जाता है। साधारणतया सामाजिक भूमिका में क्रियाएं एवं आकांक्षाओ का संरूप सम्मिलित होता है। चिकित्सक की भूमिका रोगों की आकांक्षाओं से निर्धारित एवं परिभाषित होती है। इस अन्तर्सम्बन्ध में पूर्वाभासों का सानिध्य एवं एक दूसरे के व्यवहार के प्रति पूर्वानुमान भूमिका सम्बन्धों का प्रमुख तत्व है। अन्तर्सम्बन्धों में सानिध्य तत्व के अभाव के कारण अनेक प्रकार की समस्याएं उत्पन्न होने लगती

है। चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्धों में दूसरा आपत्तिजनक तत्व संस्कृति की विभिन्नता के परिणामस्वरूप उत्पन्न होता है जिससे अनेक पूरक व्यवस्थाओं का उद्भव होता है जिससे विचलनकारी स्थितियां अस्तित्व में आती हैं। अमेरिका में इस प्रकार का उदाहरण क्लासिकल मनोविश्लेषण प्रारूप एवं सामान्य चिकित्सकों के पास मुक्त सेवा के प्रारूप में उपलब्ध होता है। भारत में चिकित्सक रोगी का वैयक्तिक, पक्षपातपूर्ण एवं अपक्षपातपूर्ण आदि प्रारूप देखने को मिलता हैं। इस प्रकार चिकित्सक रोगी सम्बन्धों का प्रारूप रोग की प्रकृति, भूमिका की परिभाषा की विशिष्टता, औषाधि का वैज्ञानिक अथवा कला सदृश्य चरित्र एवं प्रचलित सामाजिक सांस्कृतिक ढांचे से प्रभावित होता है।

चिकित्सा समाज वैज्ञानिकों के समक्ष चिकित्सक की भूमिका सदैव विवादास्पद रही है। समाज वैज्ञानिकों ने अपना अत्यधिक अवधान चिकित्सकों की भूमिका को उनके यथार्थ परिवेश में जानने का प्रयास किया है। वे चिकित्सकों की भूमिका को रोगी के अवैयक्तिक सम्बन्धों के आधार पर जानने का प्रयास करते हैं। अध्ययनों के आधार पर यह अवलोकित किया गया है कि चिकित्सक एवं रोगी का व्यवहार उस सामाजिक सांस्कृतिक परिवेश से प्रभावित होता है जिसके अन्तर्गत वे एक दूसरे से अन्तरक्रियात्मक सम्बन्ध स्थापित करते हैं। चिकित्सक जिस ढंग से रोगी से बात करता है तथा जिस प्रकार से अपना विश्वास रोगी के ऊपर प्रकट करता है। ये सब ऐसे महत्वपूर्ण कारक है जो रोगी के सम्पूर्ण कल्याण को प्रभावित करते हैं।

चिकित्सक : चिकित्सक की भूमिका रोगी के कल्याण के प्रति उत्तरदायित्व पर केन्द्रित होती है जिस उत्तरदायित्व के अन्तर्गत वह रोगी का अपनी सर्वोत्तम योग्यता के आधार पर रोग से मुक्त होने के लिए सुविधा प्रदान करता है। उत्तरदरायित्व को पूरा करने के लिए चिकित्सक से इस बात की आकांक्षा की जाती है कि वह चिकित्सा विज्ञान के संदर्भ में उच्च तकनीकी पूर्ण दक्षता प्राप्त करे तथा रोग के

निवारणार्थ उसका उपयोग करे । इस सन्दर्भ में चिकित्सक की स्थिति का स्पष्ट ज्ञान होना आवश्यक है क्योंकि कभी – कभी स्थितियाँ चिकित्सक को अपने उत्तरदायित्व के वहन में सुविधा एवं असुविधा दोनों प्रदान करती है। कुछ निश्चित दशाओं मे चिकित्सकों का कार्य स्पष्ट रूप से प्राविधिकीय होता है। उसकी ज्ञान एवं कुशलता अपने उददेश्यों को पूरा करने में पूर्ण रूप से सफल उपकरण का कार्य करती है परन्तु यह आवश्यक नहीं है कि वह अपनी भूमिका का प्रतिपादन धैर्य के साथ करे तथा अपने कार्य को दक्षता एवं स्पष्टता के साथ पूरा करे । यह भी सत्य है कि चिकित्सक के इस प्रकार के व्यवहार के परिणाम स्वरूप रोगी एवं उसके परिवारिक सदस्यों की सांवेगिक प्रतिक्रिया उस पर व्यक्त होने लगती है। कभी – कभी रोगी के गंभीर दशा एवं रोग के गम्भीर प्रकृति के परिणाम स्वरूप मृत्यु कि सन्निकटता चिकित्सक के समक्ष सांवेगिक अभियोजना की समस्या को उत्पन्न कर देता है। उपर्युक्त गुणों के उपरांत भी रोगी चिकित्सक के उच्चस्तरीय प्राविधिकीय ज्ञान की अपेक्षा करता है। अन्य प्राविधिकीय कार्य की तरह चिकित्सकों को अपने कार्य में ज्ञान कुशलता एवं अन्य श्रोतों के अपर्याप्त होने के कारण कुछ विशेष रोगियों के रोग के निदान में अपनी दक्षता का पूर्ण परिचय देने का अवसर प्राप्त नहीं हो पाता है। उदाहरणार्थ चिकित्सालयों में दक्ष चिकित्सकों के होने के उपरांत भी चिकित्सालय में पर्याप्त उपकरणों एवं वित्तीय सुलभता के अभाव में चिकित्सक अपनी दक्षता का परिचय नहीं दे पाता है। इस प्रकार की अपर्याप्तता के दो पक्ष हो सकते हैं। एक पक्ष के अन्तर्गत कुछ ऐसे मामले होते हैं जो अच्छे होते हुए भी पक्ष निदान के आधार पर उनके निकले परिणाम से लोग पहले से अवगत रहते है जो चिकित्सकीय ज्ञान एवं तकनीकी सुविधाओं के उपरांत भी मौलिक रूप से अनियंत्रित होते हैं। यह व्यक्तिगत एवं होना सामान्य मामलों में सत्यपित होता है । यद्यापि मौलिक रूप से ज्ञान एवं नियंत्रण सम्बन्ध होता हैं तथापि वह एक सामान्य यथार्थ है। एक – एक तथ्यों में सम्बन्ध का

होना आवश्यक नहीं है। रोग एवं निदान के मानवीय सामाजिक उन्मेषों में आशापूर्ण दृष्टिकोण का होना आवश्यक है। इसलिए यह आवश्यक है यदि चिकित्सा विज्ञान में कोई विकास हो रहा है तो उसकी रोग निदान में क्या भूमिका होगी, अनियंत्रित सामाजिक कारकों को नियंत्रित करने में उसकी क्या रूपरेखा होगी आदि का स्पष्टीकरण होना चाहिए।

चिकित्सा विज्ञान के अर्न्तगत अनेक विकास के संदर्भ में कुछ ऐसी ही कहाँनिया जुड़ी हुई हैं। सन् 1870 के बाद के वर्षों में चिकित्सालय व्यवसाय एवं इस क्षेत्र के बाहर के लोगों में न्यूमोनिया के इलाज में विभिन्न औषधियों की प्रभावोत्पादकता के प्रति तीव्र विश्वास था । अपने समय के महान चिकित्सक सर विलियम ओस्तर ने अपने व्यवसाय के क्षेत्र में औषधि के प्रति बिना किसी आधार के तीव्र विकास प्रकट करने के संदर्भ मे विरोध किया तथा यह विचार व्यक्त किया कि व्यक्त किये गये विश्वास की कोई आधारशिला नहीं थी । इसका औषधि की उपयोगिता के प्रति किया गया दावा वैज्ञानिक रूप से वैध था। उसने स्पष्ट किया कि इस रोग के निदान के सम्बन्ध में उपयोग में लाई गई औषधि शरीर वैज्ञानिक दृष्टिकोण को हटाकर न तो हानिप्रद थी और न लाभप्रद। इस बात को भी अवश्य याद रखना चाहिए कि इस समय तक सीरम निदान सल्फा औषधि एवं पेंसिलीन का अविष्कार नहीं हो पाया था। इस प्रकार ओसलर के अभियान का विशुद्ध प्रभाव रोग के तर्किक नियंत्रण का प्रसार तथा रोग के प्रति अन्धविश्वास एवं तार्किक नियंत्रण को कम करना तथा इस प्रकार ओसलर के अभियान ने रोग के संदर्भ में चिकित्सा के क्षेत्र मे वैज्ञानिक विकास को प्रस्तुत किया । व्यक्तिगत मामलों में भी उपर्युक्त तथ्य सत्यपित होता है। रोगी एवं उसका परिवार सिर्फ यह जानता है कि रोगी उदरीय कष्ट से पीड़ित है। परिणाम स्वरूप उसका शारीरिक वजन कम होता जा रहा है तथा आंतरिक शारीरिक शक्ति में भी अभाव हो रहा है । नैदानिकीय पद्धतियों के आधार पर यह निष्कर्ष है कि रोगी

अशल्यक कैंसर से पीड़ित है जिससे मुक्त होने को कोई पूर्वानुमान सम्भव नहीं है। ऐसी स्थिति में रोगी को सर्वोत्तम नैदानिकीय सुविधाओं को प्रदान करते हुए भी उसके प्रति किसी प्रकार की आशा नहीं रखी जा सकती है। चिकित्सा विज्ञान में महत्वपूर्ण विकास के परिणाम स्वरूप भयंकर रोगों का निदान भी सम्भावित होने लगा है परन्तु इस प्रकार के रोगों का निष्कासन पूर्णरूप से सम्भव नहीं हो पाया है।

प्राविधिकीय रूप से दक्ष व्यक्ति की अन्तर्भूत निराशा एक विशेष प्रकार के महत्व अथवा प्रतिष्ठा की अपेक्षा करती है जिसका कारण उसकी विशेष अभिरूचि की प्रकृति है। रोगी एवं उसका परिवार एक गहन सांवेगिक उलझाव रखते हैं जिसके अंतर्गत चिकित्सक रोगी की कुछ मदद कर भी सकता है और नही भी कर सकता है। ऐसी स्थिति में उसका निदान एवं पूर्वानुमान रोगी एवं उसके परिवार के लिए स्थिति को परिभाषित करने में सक्षम होगा । ऐसा देखा गया है कि चिकित्सक रोगी की मदद चाहते हुए भी परिस्थितियों के परिणामस्वरूप नहीं कर पाता । चिकित्सक स्वयं अपने उत्तर दायित्व को वहन करते हुए रोगी की मदद नही कर पाता वरन इस प्रकार की स्थितियों के परिणामस्वरूप महत्वपूर्ण सांवेगिक तनावों से अभिदर्शित हो जाता है।

चिकित्सकों के नियंत्रण की निरपेक्षिता समय विशेष के चिकित्सा विज्ञान की स्थिति एवं चिकित्सा विज्ञान के प्रति चिकित्सकों के आत्मसाक्षात्करण पर आधारित होती है। इन्ही दोनों तथ्यों से चिकित्सकों में निराशा एवं तनाव के उत्पन्न होने की सम्भावना भी हो जाती है। इन्हीं दो सीमाओं के अन्तर्गत एक महत्वपूर्ण क्षेत्र 'अनिश्चितता' का भी है। अनेक व्यावहारिक स्थितियों मे अनिश्चतता पर आधारित कारकों को अन्य कारकों की अपेक्षाकृत सरल ढंग से समझा जा सकता है । कभी – कभी ऐसा देखा गया है कि चिकित्सकों की भूमिका प्रतिपादन में निश्चित कारक अपनी महत्वपूर्ण भूमिका व्यक्त करते हैं परन्तु उनके बारे में यह भविष्यवाणी करना कठिन है कि वे कब और कैसे एक विशेष प्रकार के मामले (रोगी का रोग) में अपनी भूमिका व्यक्त कर पायेंगे। रोगी के

रोग के निदान के संदर्भ में ये निश्चित कारक किस प्रकार अपना योगदान देगें। स्पष्ट नही किया जा सकता क्योंकि ज्ञात कारकों अथवा तथ्यों एवं अज्ञात कारकों अथवा तथ्यों के बीच सही सम्बन्धों का आंकलन करना अथवा सम्बन्धों को निर्धारित करना कठिन है।

चिकित्सीय समस्याओं के दैहिकीय शारीरिक एवं जैवरासायनिक स्तर पर विश्लेषण करने पर भी अनिश्चतता के तत्व का महत्व कम नहीं होता। आधुनिक वैज्ञानिक औषधि के प्रथम काल में सैद्धान्तिक रूप से इसी स्तर पर सुनिश्चित अवधान दिया गया था। रोग के मनोवैज्ञानिक कारकों की गंवेषणा होने के उपरान्त रोग के प्रति संकीर्ण अवधारणा में परिवर्तन हुआ तथा रोग को मनोवैज्ञानिक तत्वों के आधार पर एक प्रक्रिया के रूप में समझने का प्रयास किया गया जिसे पहले इस ढंग से नहीं समझा जा सकता था। इस प्रकार के गंवेषणाओं के फलस्वरूप उन तथ्यों को विश्लेषण के मार्ग से हटा दिया गया जिसके कारण रोग के निदान एवं विश्लेषण मे व्यवधान उत्पन्न होता था। चिकित्सक के उत्तरदायित्व की प्राथमिक परिभाषा प्रत्येक संभावित क्रियाओं का प्रतिपादन है जिसके कारण रोगी को पूर्ण एवं शीघ्र प्रारम्भिक कष्टों (दर्द) से मुक्ति मिल सके। रोगी के रोग के सन्दर्भ में अनिश्चतता एवं अंसम्भव के जिन कारकों से चिकित्सक घिरता है, वह रोगी के रोग के निदान के सन्दर्भ मे 'विशुद्ध तार्किक' उन्मेष को बनाने मे यथाशीघ्र सफल नहीं हो पाता। वह चिकित्सक अधिक दक्ष एवं कुशल माना जाता है जो रोगी के रोग के लक्षणों की अनिश्चतता एवं असम्भव तथ्यों मे एक निश्चतता की रूपरेखा की खोज कर लेता है। इसके लिए चिकित्सक को आवश्यक है कि वह रोगी एवं उसके घनिष्ठ सम्बंधियों के पारस्परिक अन्तर्सम्बन्धों को स्थापित करे।

'प्रत्येक सम्भावित चीज को करना' प्रकार्य आकांक्षाओं के सन्दर्भ मे संस्थागत हागया है। ये आंकांक्षायें चिकित्सक के अपने अभिवृत्ति व्यवस्था के अतिरिक्त सुस्पष्ट एवं शीघ्र मूर्त रूप प्राप्त कर लेने वाली होती हैं। कभी – कभी अनिश्चतता एवं

असम्भवता के परिणामस्वरूप चिकित्सक सांवेगिक विक्षोभ से पीड़ित हो जाता है तथा तनाव से ग्रसित हो जाता हैं। यह तनाव चिकित्सक एवं उससे सम्बन्धित स्थिति के लिए बहुत महान होता है। इसी परिवेश में रोगी एवं उसके सम्बंधियों द्वारा अतार्किक तथ्यों को अपनी रूग्ण स्थितियों के सन्दर्भ में व्यक्त किया जाता है। ऐसी प्रशिक्षण एवं दक्षता प्राप्त चिकित्सक कभी – कभी रोगी की असहाय स्थिति से प्रभावित हो जाता है परन्तु चिकित्सकों का समूह इस प्रकार के रूझानों से सदैव अपने को दूर रखने का प्रयास रखता है। परिणामस्वरूप चिकित्सक रोगी सम्बन्धों मे मनोवैज्ञानिक कारकों का महत्वपूर्ण योगदान होता है। इन मनोवैज्ञानिक कारकों का पता भूमिकाओं के संस्थानीकरण के आधार पर नहीं किया जा सकता वरन सामाजिक नियंत्रण के विशेष माध्यमों द्वारा क्रियाशील करने पर ही पता लगाया जा सकता है।

चिकित्सक की सामाजिक भूमिका :–

चिकित्सक समाज का वह महत्वपूर्ण व्यक्ति है जो रूग्ण व्यक्ति को पूर्णरूप से ठीक करे और सामाजिक संगठन के एक महत्वूर्ण सदस्य के रूप में निर्मित करे। प्रत्येक समाज में चिकित्सक उस समाज व्यवस्था के प्रमुख सांस्कृतिक मूल्यों का प्रतिनिधि होता है। वह अपनी दक्षता को निदान पद्धति के रूप में प्रस्तुत करता है। यद्यपि चिकित्सकों में ''स्व–चेतना'' की वृद्वि हो रही है तथापि 'मनोचिकित्सा के ऐसे भी क्षेत्र हैं जिसमें चिकित्सक प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से अपने सांस्कृतिक मूल्यों को प्रदर्शित करता है। चिकित्सक सामान्य एवं स्वस्थ्य व्यक्ति का प्रतीक है जो आरोग्य होते हुए रोगियों के सम्पर्क में उनके निदानार्थ रहता है। उसकी सामाजिक भूमिका स्वास्थ्य का प्रतीक है। चिकित्सक की इसी भूमिका के कारण उसे तकनीकी रूप से दक्ष, आरोग्य अभिकर्ता कीसंज्ञा दी जाती है।

चिकित्सक को अपने मूल्यों के साथ औषधि एवं धर्म के साथ सहसम्बन्धों पर भी ध्यान देना पड़ता है। समाज के स्वास्थ्य सम्बन्धी लक्ष्यों की पूर्ति के लिए उसकी भूमिका

महत्वपूर्ण होती है। पश्चिमी समाजों में भी चिकित्सा व्यवसाय उस समाज विशेष की संस्कृति, चरित्र एवं शिष्टाचार से प्रभावित होता है। परोपकार, तकनीकी दक्षता एवं व्यवहारिक कार्य कुशलता के कारण चिकित्सक को समाज में सम्मानपूर्ण स्थान प्राप्त होता है। यही कारण है कि चिकित्सक स्थान – काल के अनुसार समाज को स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं के संदर्भ में नवीन दिशा प्रदान करता है।

चिकित्सक एवं रोगी एक दूसरे से अपनी – अपनी निर्धारित भूमिका के कारण सह–सम्बन्धित रहते हैं तथा इनके व्यवहार का प्रारूप एक दूसरे के प्रति आकांक्षाओं पर निर्भर करता है। परिणामस्वरूप यह प्रश्न उत्पन्न नहीं होता है कि इस प्रकार के सम्बन्धों में 'अभिक्रमण' का सूत्रपात कहाँ होता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्धों में रोगी की भूमिका अधिक महत्वपूर्ण होती है परन्तु चिकित्सक इस प्रकार के सम्बन्धों को मनोवैज्ञानिक एवं सामाजिक आयाम प्रदान करता है। परिणामस्वरूप चिकित्सक रोगी सम्बन्ध में चिकित्सक रोगी की भूमिका को परिभाषित करने एवं निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका प्रस्तुत करता है। इस सन्दर्भ में महत्वपूर्ण तथ्य यह है कि चिकित्सक पुनर्वास अभिकर्ता के रूप में रोगी को एक सक्रियकर्ता के रूप में समाज को प्रदान करता है। चिकित्सक व्यक्ति को रूग्णावस्था में रोगी की संज्ञा तो प्रदान करता ही है साथ ही साथ रोगी को 'निश्चित एकान्त' भी प्रदान करता है। रोगी को सामाजिक सम्पर्कों से पृथक करने की चिकित्सक की प्रवृत्ति चिकित्सक रोगी सम्बन्ध को अत्यधिक प्रभावित करती है। कभी–कभी रोगी चिकित्सक के ऊपर विशिष्ट असामान्य अनुशक्ति को लादता है परन्तु चिकित्सक अपनी अनुभवजन्य भूमिका के कारण अपनी भूमिका का निर्वाह करता रहता है। सामाजिक नियंत्रण का प्रमुख अभिकरण होने के कारण चिकित्सक को 'आप चिकित्सक हैं' की संज्ञा दी जाती है।

चिकित्सक एवं रोगी अपने अन्तर्सम्बन्धों के अन्तर्गत अनेक विरोधाभासपूर्ण तथ्यों को प्रस्तुत करते हैं। चिकित्सक रोगी के बीच प्रत्यक्ष ज्ञानात्मक भिन्नता के कारण

परिस्थिति विशेष के प्रति ध्यानाकर्षण में असन्तुलन है। रूग्णावस्था में रोगी अपने रोग को समय विशेष में संसार का सबसे महत्वपूर्ण तथ्य मानता है। रोगी चिकित्सक से इस बात की अपेक्षा करता है कि वह उसके रोग को अन्य लोगों के रोगों की तुलना मे अधिक महत्व प्रदान करे। चिकित्सक अनेक चिकित्सीय आवश्यकताओं की अनुभूति के होते हुए भी रोगों से श्रम साध्य दूरी रखता है जिसके कारण रोगी से सम्बन्धित लोग उसे असहानुभूतिपूर्ण व्यक्ति की संज्ञा देते हैं। यह कटु सत्य है कि चिकित्सक रोगी के कष्ट की अनुभूति रोगी की दृष्टि से नहीं कर पाता और न ही रोगी के समान उसे महत्व प्रदान करता है।

चिकित्सक एवं रोगी की आकांक्षाओ में अनेक मौलिक अन्तर हैं जिसके कारण चिकित्सक एवं रोगी अपनी – अपनी भूमिकाओं से विचलित होने लगते हैं। चिकित्सक अपनी दक्षतापूर्ण भूमिका के प्रति दृढ़ रहता है। चिकित्सक स्वतंत्रतापूर्वक 'विशिष्ट व्यवसाय प्रारूप' का चयन करता है जबकि रोगी अपने रोग के परिणामस्वरूप रूग्ण व्यवहार करने के लिए बाध्य होता है। इस विभिन्नता के कारण चिकित्सक के लिए यह आवश्यक हो जाता है कि रूग्णावस्था में रोगी को चिकित्सक से व्यवहार करने का प्रारूप बताए। रोगी भी बहुत हद तक चिकित्सक का अनुसरण करता है। चिकित्सक क्रियाशील व्यक्ति होता है। वह रोगी के रोग के निदान के लिए हर सम्भव प्रयास करता है। रोगी अकर्मण्य व्यक्ति होता है। वह यह चाहता है कि उसके लिए कुछ किया जाए। यद्यपि स्वास्थ्य व्यवसाय एवं रोग के लक्ष्य के प्रति चिकित्सक एवं रोगी का समान दृष्टिकोण होता है तथापि चिकित्सक रोगों की मूल्य व्यवस्था में अन्तर होने के कारण रोग के निदान के लक्ष्यों मे भिन्नता आ जाती है।

चिकित्सक अपनी कार्य कुशलता की दक्षता के कारण उत्तरदायित्व के भार सदबा रहता है। रोगी भी चिकित्सक के प्रति कृतज्ञता प्रकट करता है। **T. Parsons** के अनुसार रोगी की कृतज्ञता का कारण 'अच्छा होना' है। इस क्रिया के अन्तर्गत

चिकित्सक की भूमिका महत्वपूर्ण होती है। वह रोगियों के निदानार्थ घंटो अपने कार्य मे लगा रहता है तथा उन स्थितियों में सतर्क रहता है जिसमें त्रुटियों के होने की सम्भावना रहती है परन्तु मनुष्य होने के कारण कभी – कभी वह त्रुटि कर डालता है।

लगभग सभी चिकित्सक व्यवसायिक होते हैं तथा रोगी अव्यवसायिक होते है। चिरकालिक रोग के कारण रोगी भी 'व्यवसायिक रोगी' बन जाता है। सामान्य शारीरिक गड़बड़ियों में वह चिकित्सक से परामर्श करना उचित समझता है तथा चिकित्सक से अपने रोग के संदर्भ में ही अन्तःक्रिया करता है। चिकित्सक एवं रोगी के बीच मधुर अन्तः सम्बन्धों की स्थापना न होने के अनेक कारणों में रोगी की भाषा एवं स्वास्थ्य के प्रति स्पष्ट अवधारणा का न होना है। चिकित्सक सुशिक्षित होता है एवं रोग के प्रति स्पष्ट धारणा रखता है परन्तु रोगी के लिए ऐसा सम्भव नहीं है। शिक्षा, सामाजिक वर्ग, चिकित्सीय संस्कृति के प्रति सामीप्य, बीमारी के प्रति अनुभव आदि चीजें चिकित्सक रोगी अन्तःक्रिया को प्रभावित करती हैं। औषधि विज्ञान की भाषा चिकित्सकों के लिए सार्थक एवं सारगर्भित हो सकती है परन्तु रोगी के लिए उसका कोई अर्थ नहीं हो सकता। अधिकांश अनुसंधानों से यह स्पष्ट हुआ है कि चिकित्सा जगत में प्रयुक्त शब्दावलियों के बारे में सामान्य जनता को कुछ ज्ञात नहीं होता। चिकित्सक रोगी के अन्र्तसम्बन्ध के मध्य दूरी का उत्पन्न होना मूल्यों के प्रति पूर्वधारणा, जीवन का संपूर्ण ढंग एवं मौखिक स्पष्टीकरण का परिणाम है। एक ही सांस्कृतिक व्यवस्था में चिकित्सक को विभिन्न सामाजिक वर्गों के रोगियों से मिलना पड़ता है जिनमें सामाजिक मूल्यों में अन्तर होना स्वाभाविक है। इन्ही सामाजिक मूल्यों में भिन्नता के कारण चिकित्सक एवं रोगी एक दूसरे को सही रूप में नहीं समझ पाते हैं।

मनोचिकित्सा में रोगी एवं चिकित्सक की द्वन्द्वात्मक मूल्य व्यवस्था अनेक प्रकार के अवरोध उत्पन्न करती है। सफल असावयवी निदान तभी सम्भव हो पाता है जब चिकित्सक एवं रोगी की सामाजिक सांस्कृतिक प्रस्थिति में समरूपता हो। अगर रोगी निम्न वर्ग का है तथा चिकित्सक मध्यम या उच्च वर्ग का है तो चिकित्सक एवं रोगी के बीच सफल सहसम्बन्ध स्थापित नहीं हो सकता। मनोचिकित्सा में रोगी आत्मनिरीक्षण एवं मानसिक जीवन के बहुत से तत्वों से परिचित नहीं होता। परिणामस्वरूप वह चिकित्सक को व्यवहार एवं नैतिकता में उतनी मदद नहीं कर पाता जितनी कि उससे अपेक्षा की जाती है।

मानसिक रोगी में मूल्य भेद सामाजिक वर्ग पर आधारित होता है जिससे चिकित्सक रोगी सम्बन्ध भी प्रभावित होता है। चिकित्सालय का बहिरंग रोग विभाग एवं आकस्मिक निदान विभाग में रोगी एवं चिकित्सालय के विभिन्न कर्मचारियों में मूल्य द्वन्द एवं मूल्य उभय संकट देखने को मिलता है। इस मूल्य द्वन्द का मूल कारण चिकित्सालय कर्मचारियों का रोग के प्रति उन्मेष एवं रोगियों में निवारक चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सम्बन्धी मूल्यों के प्रति अज्ञानता अनेक घातक रोगों को उत्पन्न करती है।

साधारणतया चिकित्सक एवं रोगी दो भिन्न सांस्कृतिक प्रारूपों से सम्बद्ध होते हैं। सामान्यतया चिकित्सक न तो रोगी की सामाजिक भूमिका से अवगत होता है और न ही रोगी चिकित्सक की भूमिका को समझने का प्रयास करता है। चिकित्सीय समस्याओं के विशेष अध्ययनार्थ इस बात पर बल दिया जाता है कि आधुनिक स्वास्थ्य सुरक्षा एवं स्वास्थ्य मूल्य किस प्रकार से परम्परागत एवं रूढिवादी समाज में अपना स्थान बना रहे हैं तथा किस हद तक विदारण की स्थिति उत्पन्न कर रहे हैं। इस संदर्भ मे अन्तर सांस्कृतिक चिकित्सीय गतिविधियों के अध्ययन हेतु छात्रों ननिष्कर्ष निकाला कि चिकित्सक को अपने रोगी की संस्कृति से अवगत होना चाहिए, उसे रोगी का आदर करना चाहिए। इन गतिविधियों से ही यथार्थ निदान सम्भव हो

सकता है। चिकित्सक को अपने रोगी की विशिष्ट भूमिका की अवधारणा से ही अवगत नहीं होना चाहिए वरन् उसकी चिकित्सीय पर्यावरण में प्रस्तुत भूमिका से भी अवगत होना चाहिए जिस संदर्भ में वह चिकित्सक से अन्तःक्रिया कर रहा है। इस संदर्भ में लीले सान्डर्स का कथन है कि जब विभिन्न संस्कृति के रोगी चिकित्सालय में चिकित्सक के सम्पर्क मे आते हैं तो महत्वपूर्ण निदानात्मक निष्कर्ष तभी निकल सकता है जब चिकित्सक अपनी संस्कृति के मूलभूत तत्वों को तो जाने ही दूसरे संस्कृति के तत्वों से भी अवगत हो। चिकित्सकों को सांस्कृतिक कारकों के विवेचन का ज्ञान होना चाहिए क्योंकि चिकित्सक रोगी, सम्बन्ध को ये कारक भी प्रभावित करते हैं।

उपसंस्कृति भिन्नता चिकित्सक एवं रोगी में समाज विशेष में भिन्नता उत्पन्न कर देती है। चिकित्सा व्यवस्था की भी संस्कृति गूढ होती है इसके द्वारा चिकित्सक रोगी का सम्बन्ध मौलिक रूप से कई भागों में विभाजित हो जाता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध को मधुर बनाने के लिए यह आवश्यक है कि चिकित्सक रोगी को मानवीय पृष्ठभूमि में देखें। चिकित्सक की आधुनिक चिकित्सा में जगत में विशिष्टीकरण रोगी को पूर्ण व्यक्ति के रूप में नहीं समझने देता है। निदान व्यवस्था के संदर्भ में वह रोगी को एक सावयव के रूप मे देखे व समझे परन्तु रोगी किसी परिवार का सदस्य है, कर्मचारी है एवं पूर्ण रूप से सामाजिक प्राणी है। अतः चिकित्सक को चाहिए कि वह रोगी को 'पूर्ण व्यक्ति' के रूप मे समझे। इस संदर्भ चिकित्सा महाविद्यालय, विद्यार्थियों में उपर्युक्त रूझान उत्पन्न करने के लिए 'निवारक सुरक्षा' एवं परिवार केन्द्रित रूझान को प्रमुखता प्रदान कर रहे हैं।

रोगी के प्रति व्यवसायिक अभिवृत्ति के अनेक पक्ष हैं, परन्तु इसका केन्द्र बिन्दु पार्सन्स के अनुसार 'तात्कालिक सन्तुष्टि' है। चिकित्सा व्यवस्था की यान्त्रिकता चिकित्सक एवं रोगी के बीच दूरी स्थापित करती है जिससे चिकित्सक रोगी के साथ सांवेगिक घनिष्ठ सम्बन्ध नहीं बन पाता। परिणामस्वरूप चिकित्सक वैषयिक निर्णय के

सम्बन्ध में किसी प्रकार का पक्षपात नहीं कर पाता। चिकित्सक को अनेक सांवेगिक स्थितियों से बचना पड़ता है। इस संदर्भ मे फ्रायड ने स्पष्ट उल्लेख किया है कि मनोचिकित्सा के अन्तर्गत चिकित्सक को चिरकालिक रोग से पीड़ित महिला रोगियों के निदानार्थ बहुत सावधान रहना चाहिए। चिकित्सक रोगियों से व्यवहार करने में व्यवसायिक प्रतिमानों को महत्व प्रदान करता है परन्तु रोगी से सहानुभूतिपूर्ण व्यवहार करने की भी उससे अपेक्षा की जाती है।

व्यवसायिक अभिवृत्तियों के दो प्रमुख आयामों का उल्लेख पार्सन्स जैसे समाज वैज्ञानिक ने किया है। पार्सन्स ने अभिवृत्तियों के इस उन्मेष को 'सार्वभौमिक' एवं 'प्रकार्यात्मक विशिष्टता' कहा है। चिकित्सक के सार्वभौमिक उन्मेष से तात्पर्य सभी रोगियों के साथ समान व्यवहार से है। इसका तात्पर्य यह नहीं है कि वह सभी रोगियों का समान निदान करे वरन वह रोगी को स्वास्थ्य एवं रोग के समानता का प्राणी समझे। रोग के निदान में रोग के जैविकीय कारकों के अतिरिक्त कारक भी महत्वपूर्ण होते हैं परन्तु रोग का निदान चिकित्सीय तकनीकों से ज्यादा प्रभावित होता है। सार्वभौमिक प्रतिमानों का अनुसरण एक सरल उपलब्धि नहीं है क्योंकि रोगी का जातिगत अहं एवं वित्तीय क्षमता औषधि विज्ञान के अन्तर्गत अनेक चिकित्सीय समस्याओं को उत्पन्न करती है। समाज मूलक चिकित्सा, मनः शारीरिक चिकित्सा एवं मनोचिकित्सा के प्रस्फुटन से रोगी से सम्बन्धित परिवार एवं अन्य सामाजिक कारकों को महत्व दिया जाने लगा है।

चिकित्सकों के लिए 'प्रकार्यात्मक विशिष्टता' से तात्पर्य उन गतिविधियों से है जो स्पष्ट रूप से चिकित्सीय है। चिकित्सक से इस बात की अपेक्षा नहीं की जाती कि वह धार्मिक, राजनीतिक मामलों मे भी निपुण हो। उससे इस बात की आशा नहीं की जाती कि वह रोगी के पारिवारिक एवं अन्य अन्तरंग मामलों में हस्तक्षेप करे। वह रोगी की चिकित्सीय समस्याओं के समाधान में ही अपनी अभिरूचि रखे। प्रकार्यात्मक

विशिष्टता पश्चिमी औषधि विज्ञान की प्रमुख विशेषता है। यह औद्योगिक समाज के श्रम विभाजन के गुणों से प्रभावित है। प्रकार्यात्मक विशिष्टता के अन्तर्गत औषधि विज्ञान के क्रमिक विकास के तत्वों को महत्व प्रदान किया जाता है। वर्तमान समय में औषधि विज्ञान के अन्तर्गत विशिष्टीकरण को महत्व प्रदान किया गया है। आज चिकित्सक रोगी के अंग प्रत्यंग मे विशिष्टता प्राप्त कर रहा है तथा 'सम्पूर्ण रोगी' की अवधारणा से अपने को पृथक करता जा रहा है। मनोचिकित्सा में चिकित्सक को चिकित्सा प्रतिमान से परे रोगी के पारिवारिक, सामाजिक, आर्थिक एवं मनोवैज्ञानिक पृष्ठभूमि को जानना पड़ता है। चिकित्सक को दक्ष व्यक्ति की अपेक्षा 'जादूई फरिश्ता' की भूमिका निभाने की भी अपेक्षा की जाती है।

चिकित्सक की सामाजिक भूमिका अभिवृत्तियों एवं क्षमताओं का स्थिर प्रारूप नहीं है। यंह एक प्रक्रिया है जिसके अन्तर्गत आत्मीयता एवं आकांक्षाओ की पुनः परिभाषा की आवश्यकता है। चिकित्सक की सामाजिक भूमिका विवादास्पद विषय है। इस बात की अपेक्षा की जाती है कि चिकित्सक अपनी भूमिका रोग के वर्गीकरण, चिकित्सीय सुरक्षा के संगठन एवं वृहद् समाज के आकांक्षाओं के अनुरूप बनावें।

चिकित्सीय उप–व्यवस्था में चिकित्सक–रोगी अन्तर्सम्बन्ध :–

चिकित्सक रोगी सम्बंध का प्रारूप रोगी के रोग एवं उसके उपचार के लिए महत्वपूर्ण तथ्य है। आधुनिक चिकित्सा विज्ञान के विकास में इस तथ्य पर विशेष बल दिया जाने लगा है। फ्रायड के समय से ही चिकित्सक रोगी अर्न्तसम्बन्धों की गतिशीलता को महत्व प्रदान किया जा रहा है। फ्रायड की इसी विचारधारा से प्रभावित होकर चिकित्सक एवं रोगी की सामाजिक भूमिका एवं उससे सम्बन्धित प्रतिमानों पर विशेष ध्यान कन्द्रित किया जाने लगा है। इस संदर्भ में शरीर वैज्ञानिक एवं समाज वैज्ञानिक एल0जे0हेण्डर्सन एवं पार्सन्स का विश्लेषणात्मक प्रारूप महत्वपूर्ण है। अंतर्सम्बन्धों के सम्बन्ध में सबसे महत्वपूर्ण तथ्य यह है कि वह गतिशील होता है।

चिकित्सक एवं रोगी उपक्रमण एवं प्रत्युत्तर के गतिशील प्रारूपों के प्रति आलिप्त रहते हैं। नैदानिक क्रियाएं उन अद्वितीय घटनाओं पर आधारित होती हैं जो चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्धों के अन्तर्गत प्रस्फुटित होती हैं। चिकित्सक एवं रोगी का व्यक्तित्व एवं व्यक्तिगत जीवन का ढंग उनके अन्तर्सम्बन्धों से स्पष्ट होता है। रोगी को न तो रोग से सम्बन्धित समस्याओं का पुंज समझा जा सकता है और न ही चिकित्सक को चिकित्सीय संस्कृति का प्रतिनिधि समझा जा सकता है।

रोगी के चिकित्सक से सांवेगिक अन्तर्सम्बन्ध को चिकित्सीय पृष्ठभूमि में 'अन्तरण' की संज्ञा दी जाती है। स्वीकारात्मक अन्तरण की प्रक्रिया चिकित्सक के लिए सफल निदान हेतु आवश्यक होती है। 'अन्तरण' की सीमा रोग की गम्भीरता एवं उसकी अवधि पर आधारित होती है। चिकित्सीय व्यवस्था में साधारणतया 'निषेधात्मक अन्तरण' अधिकतर व्याप्त होता है। मनोविश्लेषणात्मक चिकित्सक रोगी के सम्बन्ध में एवं अन्य प्रकार के चिकित्सीय व्यवस्था के चिकित्सक रोगी के सम्बन्ध में 'अंतरण' की प्रक्रिया से ही पृथकता का बोध होता है। यही कारण है कि चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध में 'अन्तरण' की भूमिका महत्वपूर्ण होती है।

गद्यात्मक व्यक्तित्व परिसीमा एवं अन्तरण की अवधारणा के साथ ही चिकित्सीय उप – व्यवस्था चिकित्सक – रोगी की संस्कृतिमय परिभाषित भूमिका तथा प्रकृति से अनुकूलित होता है। इसके अतिरिक्त चिकित्सक रोगी सम्बन्ध वैधानिक एवं व्यवसायिक संहिता तथा रोगी का परिवार एवं चिकित्सकों के सहकर्मी आदि से प्रभावित होता है। इसके अतिरिक्त चिकित्सक रोगी सम्बन्ध चिकित्सालय पृष्ठभूमि में उसके कार्यालय कर्मचारियों आदि से भी प्रभावित होता है।

प्रत्येक समाज में चिकित्सीय स्थितियां अद्वितीय होती हैं। इसके अन्तर्गत दाअनेक समूहों की विशेषताएं प्रत्यावर्तित होती हैं। अमेरिकी समाज में चिकित्सक रोगी सम्बन्ध, अभिभावक बच्चों का सम्बन्ध, शिक्षक शिक्षार्थी का सम्बन्ध आदि के समाने

अध्ययन का विषय होता है। चिकित्सा व्यवस्था एक ऐसा स्थल है जिसके अन्तर्गत सम्बन्धों का विनिमय होता है। रोगी 'कुछ' प्राप्त करता है एवं चिकित्सक अपनी कुशलता से रोगी को 'कुछ' देता है। समाजीकरण की प्रक्रिया के अन्तर्गत सहयोग, अनुमति बोधक, पुरस्कार का परिचालन, पारस्परिकता का त्याग आदि महत्वपूर्ण सम्बन्धों की विशिष्टता है। विशिष्टताएं चिकित्सक रोगी सम्बन्धों को भी प्रभावित करती है।

सहयोग :– चिकित्सक अपने आभार को सहायता के रूप में प्रकट करता है जिसे रोगी उत्सुकता के साथ ग्रहण करता है। रोगी की पराधीन अवस्था की आवश्यकता को चिकित्सक लगभग पूरा करता है। ऐसा समझा जाता है कि सहयोग रोगी के स्वस्थ होने के अनवरत प्रयत्न में अस्थाई एवं अनिश्चित होता है।

अनुमति बोधक :– चिकित्सक रोगी को अपनी अनुभूतियों एवं क्रियाओं को व्यवहार में प्रस्तुत करने की अनुमति देता है जो स्वस्थ स्थिति में सम्भव नहीं है। यह एक अस्थायी तथ्य है जिसका अनुसरण रोगी अपनी असमर्थता एवं उत्तरदायित्व के वहन करने की क्षमता के अभाव के कारण करता है।

पुरस्कार का परिचालन :– चिकित्सक रोगी को कुछ विशिष्ट पुरस्कारों को प्रदान करते हुए कुछ ऐसे उत्तोलनों को डालने का प्रयास करता है जो रोगी के लिए महत्वपूर्ण होता है। रोगी की पुकार, रोगी के सही लक्षणों को व्यक्त करने, चिकित्सक द्वारा बताए निषेधों का पालन कर स्वस्थ लाभ करने एवं 'अच्छा होने' आदि के लिए दिया जाता है।

पारस्परिकता का त्याग :– चिकित्सक रोगी को सहयोग एवं अनेक प्रकार की अनुमति प्रदान करते हुए इस बात का भी ध्यान रखता है कि रोगी के साथ सम्बन्धों की तारतम्यता अन्य रोगियों को ध्यान में रखकर स्थापित की जाए। ऐसा न हो कि एक रोगी तो लाभान्वित हो और दूसरा चिकित्सक के लाभ से वंचित हो जाए।

रोगी चिकित्सक के प्रति अपनी धार्मिक निष्ठा भी रखता है। साधारणतया रोगी चिकित्सक को 'दूसरा ईश्वर' मानता है तथा उसी संदर्भ में अपनी निष्ठा व्यक्त करता है। ऐसा शायद ही कोई रोगी होगा जो चिकित्सक को अपनी यथार्थ प्रतिलिपि समझता है। यही कारण है कि चिकित्सक रोगी सम्बंध दो कारणों से प्रभावित होता है। प्रथम, रोगी चिकित्सक पद अद्वितीय रूप से आधारित होता है तथा अपने जीवन क्रम को अविरल गति देने के लिए चिकित्सक पर आधारित होता है। यही कारण है कि रोगी चिकित्सक में अनेक चमत्कारिक गुण देखता है। आधुनिक चिकित्सालय की संकुल व्यवस्था मे 'चमत्कारिक मसीहों' की कमी है तथापि रोगी अपने रोग के संदर्भ में ऐसे चिकित्सकों की खोज करता है। द्वितीय कारण औषधि विज्ञान की अपनी चमत्कारिक विशेषता स्वयं है। औषधि विज्ञान में मनोचिकित्सा का बढता हुआ महत्व तथा उसके द्वारा रोगोपचार रोगी एवं चिकित्सक के सम्बन्ध को एक नवीन मोड़ प्रदान कर रहा है।

चिकित्सक रोगी का पारस्परिक सम्बन्ध आपसी संचारण एवं वाक्पटुता पर भी निर्भर करता है जो रोगी अपने रोग एवं उसके लक्षणों को चिकित्सक को सरल भाषा में स्पष्ट कर देता है। चिकित्सक का ऐसे रोगी के साथ सहज ही मधुर सम्बन्ध बन जाता है। यदि रोगी अपने निदान के अन्तर्गत धार्मिकता का अधिक पुट देता है तो चिकित्सक अपने चिकित्सीय प्रतिमानों को महत्व देते हुए कठोर हो जाता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध में गोपनीयता भी कम महत्वपूर्ण नहीं है। चिकित्सक रोगी से रोग का स्पष्ट वर्णन करना पसन्द नहीं करता। आधुनिक चिकित्सा विज्ञान के विकास में गोपनीयता को अधिकाधिक दूर करने का प्रयास किया जा रहा है।

स्वास्थ्य – रक्षा का अर्थशास्त्र एक संकुल एवं विवादास्प क्षेत्र है। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध प्रत्यक्ष रूप से आर्थिक गतिविधियों से प्रभावित होता है। तथ्य यह है कि चिकित्सक रोगी पर किये गये अपने प्रयत्न से लाभान्वित होना चाहता है तथा रोगी

भी चिकित्सक को आर्थिक सहयोग देने में पीछे नहीं रहता। चिकित्सक रोगी सम्बन्धों में धन की भी महत्वपूर्ण भूमिका होती है। प्रत्येक प्रकार का व्यवसायिक सहयोग प्रदान करते हुए चिकित्सक अपने 'स्व' को विशेष महत्व प्रदान करता है।

चिकित्सीय उप–व्यवस्था चिकित्सक रोगी अन्तःक्रिया को एक अस्थाई पृष्ठभूमि प्रदान करती है जिसमें रोगी अपनी समस्या लेकर आता है तथा चिकित्सीय पृष्ठभूमि में चिकित्सक से अपना उपचार कराकर वापस लौट जाता है। चिकित्सीय उप – व्यवस्था में रोगी की आवश्यकताएं सर्वोपरि होती हैं। चिकित्सीय आवश्यकताएं उसके अनुकूल होते हुए भी रोगी की अपेक्षा कम महत्वपूर्ण होती हैं।

विभिन्न सामाजिक पृष्ठभूमि में चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध :–

चिकित्सीय व्यवस्था में चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध अधिकाधिक औपचारिक होता है परन्तु उसके अतिरिक्त भी कुछ ऐसी सामाजिक पृष्ठभूमि है जिससे चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध प्रभावित होता है। इन सामजिक पृष्ठभूमियों में सम्भवतः रोगी का घर एक ऐसी पृष्ठभूमि प्रस्तुत करता है जिसमें चिकित्सक रोगी सम्बन्ध का प्रारूप कुछ और ही प्रकार का होता है। रोगी के घर में उसकी सेवा उसके परिवार के सदस्यों द्वारा होती है जो सांवेगिक होता है तथा नातेदारी व्यवस्था का प्रारूप प्रस्तुत करता है। इस पृष्ठभूमि में रोगी चिकित्सक को एक दक्ष व्यक्ति के रूप में देखता है। जब चिकित्सक रोगी के घर में आता है तो उसके परिवार के अन्य सदस्यों से भी परिचित हो जाता है तथा अपनी दक्षता से लोगों को अवगत कराता है। इन्हीं तथ्यों को ध्यान में रखते हुए चिकित्सीय पाठ्यक्रम में पर्यावरण को विशेष महत्व प्रदान किया जाने लगा है। रोगोपचार के लिए आवश्यक है कि पारिवारिक पृष्ठभूमि का गहनता के साथ अध्ययन किया जाए। विकासोन्मुख समाज में चिकित्सा विज्ञान का समुचित विकास के उपरान्त भी पारिवारिक पृष्ठभूमि का अध्ययन विशेष आवश्यक है क्योंकि अशिक्षा के कारण लोगों में चिकित्सालय एवं चिकित्सीय प्रतिमानों के बारे में

जानकारी नहीं होती।

चिकित्सालय में चिकित्सक उसके नियम एवं प्रतिमानों से नियंत्रित होता है परन्तु प्राइवेट व्यवस्था में चिकित्सक पूर्ण रूप से स्वतंत्र होता है। चिकित्सक का अपना निजी रोगोपचार केन्द्र उसकी दक्षता को प्रकट करने का प्रमुख केन्द्र होता है। **Erving Goffman** के अनुसार, चिकित्सक ऐसी व्यवस्था में अपनी चिकित्सीय संस्कृति को मुक्त रूप से प्रकट कर पाता है तथा अपने विवेकपूर्ण निर्णय को अपनी भूमिका निष्पादन एवं परिसीमा में व्यक्त करता है। ऐसी व्यवस्था में वह रोगी की भूमिका को अधिकाधिक समझने का प्रयास करता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध को प्रभावित करने में चिकित्सालय के मध्यस्थ कार्यकर्ता विशेषकर परिचारिकाएं प्रमुख होती हैं।

चिकित्सालय पृष्ठभूमि चिकित्सकों एवं रोगियों के लिए तटस्थ क्षेत्र हैं जिसमें चिकित्सक एवं रोगी एक दूसरे के लिए अतिथि के रूप में होते हैं। चिकित्सालय का अपना संगठन होता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध चिकित्सालय के नौकरशाही व्यवस्था से प्रभावित होता है। चिकित्सक के लिए चिकित्सालय एक ऐसा पर्यावरण है जिसमें उसे तकनीकी एवं चिकित्सीय सुविधाएं उपलब्ध होती हैं। ऐसी व्यवस्था में वह अपने वैज्ञानिक ज्ञान का अधिकाधिक उपयोग करता है। चिकित्सालय में चिकित्सक को संगठनात्मक प्रतिमानों की व्यापकता को मानते हुए 'करिश्माई' भूमिका को प्रकट करने का मौका नहीं मिलता।

चिकित्सालय में चिकित्सक रोगी सम्बन्ध रोगी की अकर्मण्यता से अधिक प्रभावित होता है। रोगी एक असहाय व्यक्ति के रूप में होता है। चिकित्सक से रोगी निदान के साथ हर सम्भव सुविधा की अपेक्षा करता है। यह चिकित्सालय व्यवस्था में सम्भव नहीं है। कभी – कभी चिकित्सक, चिकित्सालय के नियमों एवं प्रतिमानों को त्याग कर रोगी के सन्निकट आ जाता है। रोगी चिकित्सक के साथ अपना सन्निकट सम्बन्ध स्थापित करके चिकित्सालय के अन्य सहकर्मियों को प्रभावित करता है

जिससे वे भी उसके साथ अनौपचरिक सम्बन्ध स्थापित करें।

सामान्य चिकित्सालय की अपेक्षा मानसिक चिकित्सालय में रूगणता की अवधि दीर्घकालिक होती है जहाँ चिकित्सक रोगी सम्बन्धों में अनेक समस्याएं उत्पन्न होती हैं। रोगी का चिकित्सालय में अधिक दिन तक रूकना अनेक समस्याओं को उत्पन्न करता है जिससे चिकित्सालय के पर्यावरण में अनेक अनौपचारिक अव्यवस्थायें उत्पन्न हो जाती हैं जो रोगोपचारीय गतिविधियों को प्रभावित करती हैं। मानसिक चिकित्सालय में मानसिक रोगी रोग के प्रति एक समुदाय की भावना निर्मित करते हैं क्योंकि वे दीर्घ अवधि तक चिकित्सालय में रहते हैं। सामान्य चिकित्सालय में रोगियों का अल्प अवधि तक रहना, सामुदायिक भावना को पनपने नहीं देता।

रोगी की सामाजिक भूमिका :–

कुछ निश्चित गम्भीर जन्म जात दोष के अपवाद को छोड़कर कोई भी व्यक्ति जन्म से रोगी नहीं होता। कोई व्यक्ति अपने रूग्ण व्यवहार को अपने सामान्य विकास के अन्तर्गत नहीं सीख सकता। रूग्ण व्यवहार अस्थाई है जिसकी परिभाषा रोगी की अर्न्तवस्तु के आधार पर ही की जा सकती है। रूग्ण व्यवहार को चेतन रूप मे अधिकांश लोगों के द्वारा किसी समाज में स्वीकारा नहीं जा सकता। अगर रोग की कोई उपलब्धि है तो वह व्यक्ति की सुरक्षा एवं परावलम्बन है जिसके कारण व्यक्ति अचेतन रूप में बीमार पडने की इच्छा व्यक्त करता है। रोगी की भूमिका के अनुमानित निश्चयक तत्व रूग्णता का प्रमुख तत्व नही हैं वरन् रोग द्वारा प्रभावित व्यक्ति का आभास एवं अन्य व्यक्तियों द्वारा उसे प्रदत्त सहयोग आदि प्रमुख हैं।

एक ही संस्कृति में रोगी को सहायता पहुचाने की दशाओं की परिभाषा विस्तृत रूप से भिन्न है। ऐसा उदाहरण मानसिक रोगों पर यथोचित घटता है। कुछ मनोचिकित्सकों का कहना है कि 'केस' की प्रचलित परिभाषा रोगी का नैदानकीय सम्बन्धों के अन्तर्गत आना ही है। इस प्रकार रोगी एक व्यक्ति है जो एक मनोचिकित्सक या अन्य दूसरे

सहयोगी अभिकर्ताओं के सम्पर्क में आता है। इस प्रकार मानसिक रोग रोगी की अवस्था एवं उसके उपचार हेतु निर्णय की प्रक्रिया में सहसम्बन्ध स्थापित करने की महत्वपूर्ण कड़ी है। प्रसिद्ध समाज वैज्ञानिक **कूस** ने रोग के संदर्भ मे अपना विचार व्यक्त करते हुए स्पष्ट किया है कि 'शारीरिक लक्षण', 'चिकित्सीय अवधान' को आकर्षित कर भी सकते हैं और नहीं भी कर सकते हैं। **कूस** के अनुसार 'स्वयं रोगी बन जाना' या 'किसी कारण से रोगी बनना' अनेक कारकों का परिणाम हैं जिसमें रोग लक्षण रूग्ण भूमिका के साथ अनुभव एवं सहयोग की उपलब्धि आदि प्रमुख हैं। **कूस** के 'रिजनविले' के अध्ययन के अन्तर्गत एक उत्तरदाता ने अपना विचार व्यक्त करते हुए कहा है कि बीमार से रोगी होने तक कुछ न कुछ स्थितियां उत्पन्न होती हैं।

रोगी जानता है कि बीमार होने का क्या अर्थ है बीमार होने पर ऐसा अनुभव होता है कि व्यक्ति मर जाएगा परन्तु रोगी यह भी सोचता है कि उसके नन्हे बच्चों का क्या होगा, उनकी देख – भाल कौन करेगा। सब कुछ होते हुए भी रोगी के पास इतना पैसा नहीं है कि वह चिकितसक से जमकर इलाज करावे। कुछ रोगी तो ऐसे है जो कभी भी रोग शैया पर जाने को तैयार है परन्तु कुछ ऐसे भी है जो बीमार होने पर भी रोग शैया पर जाने को तैयार नहीं हैं।

बीमारी का अभिज्ञान एवं रोग से स्वास्थ्य लाभ के लिए अनेक सहयोग चिकित्सक रोगी सम्बन्धों की स्थापना की मुख्य पूर्वापेक्षा है। अभिज्ञान एवं गंवेषणा की यह प्रक्रिया 'स्थायी एवं निदान' एवं चिकित्सा के विभिन्न आयामों से सुपरिचित लोगों को जटिल से जटिल रोगों के निदानार्थ एक दिशा प्रदान कर सकती है। उर्पयुक्त एवं प्रक्रियाओं से स्वास्थ्य अधिकारी भी समयानुकूल लाभान्वित हो सकते हैं। रोगी होने के बाद उससे सम्बन्धित विभिन्न घटनाओं का अवलोकन करके रोगों के विभिन्न वर्गो का रूग्ण व्यक्तियों के विभिन्न कार्यो का निर्माण किया जाता है । इन गंवेषणाओं से विफलता की व्यक्तिगत अनुभूति, रूग्ण व्यक्ति से प्रभावित लोग, परिवार के सदस्यों

द्वारा प्रदत्त सांत्वना आदि ऐसे प्रारूप हैं जिनका रोग से प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष सम्बन्ध हैं। रोग के सामान्य प्रारूप की रोगी की भूमिका को असहानुभूतिपूर्ण अनुमोदित करने से अस्वीकार किया जाता है।

रोगी होना व्यवहारों की संकुलता का परिचायक है। परिणामस्वरूप रोग से सम्बन्धित समस्याओं के अध्ययनार्थ उसके विभिन्न स्तरों को दृष्टिगत् रखना आवश्यक हैं। रोग के विभिन्न स्तरों मे 'चिरकालिक रोग' अधिक महत्वपूर्ण है। रोग की इस प्रकृति के कारण रोगी के व्यवहार के अनेक रूप सामने आते हैं। अत्यधिक नहीं है तो ऐसी स्थिति में व्यक्ति को रोगी प्रमाणित करना भी कठिन हो सकता है। चिकित्सा व्यवसाय में दक्ष चिकित्सक अपने अनुभव एवं विवेकशील ज्ञान के आधार पर ही यह स्पष्ट करने मे समर्थ होते हैं कि व्यक्ति किस रोग से पीड़ित है। उदाहरणार्थ कैंसर जैसे रोग में रोगी के प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रोगों के लक्षणों के आधार पर ही चिकित्सक यह बताने मे सक्षम हो पाता है कि व्यक्ति किस रोग से पीड़ित है। अतः यह आवश्यक है कि व्यक्ति में किसी प्रकार की जैविकीय बेचैनी होने पर उसे स्वयं को पूर्व को 'पूर्व रोगी' मान लेना चाहिए।

कभी–कभी रोगी एवं चिकित्सक के समक्ष यह समस्या उत्पन्न होती है कि रोग से बचने के किन – किन मार्गो की खोज करनी चाहिए। अधिकांशतः ऐसा देखा गया है कि व्यक्ति नहीं जानता कि स्वास्थ्य सम्बन्धी उसे कौन – कौन से स्रोत उपलब्ध है। अगर व्यक्ति विशेष को स्रोत ज्ञात भी है तो क्या वह अपनी आर्थिक उपलब्धियों के आधार पर उनसे लाभान्वित हो सकता है। व्यक्ति के व्यवहार की संकुलता एवं समाज विशेष की प्रकृति का भी व्यक्ति के ऊपर प्रभाव पड़ता है। किसी भी समाज मे रोग के सन्दर्भ मे व्यक्ति का वर्गीकरण कोई स्वीकार नहीं करता। लोगों की सामान्य धारणा रहती है कि रूग्णावस्था एक विदारित दशा है जिसमें व्यक्ति का 'स्वचित्रकल्प' तो प्रभावित होता है, साथ ही साथ सामजिक भूमिका भी उसी के तदनुरूप निर्धारित होती

है। समाज में बीमार व्यक्ति को अनेक प्रकार के कार्यो को करने से रोक दिया जाता है और वह स्वस्थ व्यक्ति की तुलना में अपने को हीन समझने लगता है। रोगी एक व्यक्ति तो है परन्तु पूर्णरूपेण व्यक्ति नहीं है। वह ऐसा व्यक्ति है जिसे पूर्ण उत्तरदायित्व नहीं सौंपा जा सकता । रोगी को असहाय समझ कर सभी व्यक्ति कुछ न कुछ सहयोग देना अपेक्षित समझते हैं।

समाज वैज्ञानिक दृष्टिकोण से रोगी एक विचलनकारी व्यक्ति है। व्यक्ति के विचलन का प्रदर्शन शाररिक रोग की तुलना में मानसिक रोग में अधिक दृष्टिगोचर होता है। रूग्णावस्था की असमर्थता व्यक्ति के सामाजिक भूमिका निष्पादन को व्यर्थ कर देती है तथा व्यक्ति में शारीरिक ह्रास उत्पन्न होने लगता है। ऐसी स्थिति के कारण व्यक्ति पूर्ण उत्तरदायित्व पूर्ण, प्रकार्यों से वंचित कर दिया जाता है। इस संदर्भ में **पार्सन्स** का कथन तर्कसंगत लगता है कि समाज रोगी की भूमिका के सथानिकमारी एवं महामारी गतिविधियों को सहन नहीं कर सकता। परिणामस्वरूप समाज ऐसे रोगियों की भूमिका को अवांछनीय अस्थायी एवं मूलभूत रूप से विदारण पूर्ण मानता है।

रूग्ण भूमिका की संरचना का **पार्सन्स** द्वारा विश्लेषण एक महत्वपूर्ण अन्वेषण है जिसके अन्तर्गत वह रोगी की स्थिति के सामाजिक अर्थ को विश्लेषित करता है। **पार्सन्स** का उपर्युक्त विश्लेषण अमेरिकन समाज के लिए तो महत्वपूर्ण है ही, आधुनिक औद्योगिक एवं तर्क उन्मेषित समाज के लिए भी महत्वपूर्ण है। **पार्सन्स** का कथन है कि रूग्ण भूमिका संस्थागत है। प्रत्येक समाज की स्वस्थ जनसंख्या बीमारी के संसर्ग से अपने को पृथक रखने के लिए प्रयत्नशील रहती है। समाज मे बीमार व्यक्ति सहायता के लिए इच्छुक रहता है तथा समाज के सदस्यों द्वारा उपलब्ध सहायता को कृतज्ञता के साथ स्वीकार करता है। रोगी अरूग्ण समाज पर निम्नलिखित प्रारूपों मे अवलम्बित होता है :–

(क) रोगी की असमर्थता उसके संचित शक्ति से परे होती है जिसे वह एकांकी रूप मे निर्णय प्रक्रिया से हल नहीं कर सकता। परिणामस्वरूप रोगी अपनी असमर्थता के प्रति उत्तरदायी नहीं होता। कुछ विशिष्ट प्रकार की चिकित्सीय प्रक्रियाएं स्वतः प्रवर्तित होती हैं जिससे स्वास्थ्य लाभ सम्भव हो पाता है।

(ख) असमर्थता का रोग के रूप में परिभाषित होना रूग्ण व्यक्ति को समाज से पृथक करता है। बीमारी की प्रकृति विभिन्न अंशो में व्यक्ति को सामान्य भूमिका से विमुक्त होने का न्यायसंगत आधार प्रदान करती है।

(ग) रूग्णता आंशिक एवं प्रतिबन्धित रूप में न्यायसंगत अवस्था है। बीमार होना व्यक्ति के लिए आन्तरिक रूप से अनैच्छिक है। बीमार व्यक्ति शीघ्र ठीक होने के लिए उत्सुक रहता है तथा अन्य व्यक्तियों से सहयोग की अपेक्षा करता है।

(घ) रोग से सम्बन्धित स्वतः प्रवर्तित शक्तियां पूर्ण रूप से शीघ्र क्रियाशील नहीं होती। रूग्ण व्यक्ति एवं उसके कल्याण के लिए उत्तरदायी लोग (विशेषकर उसके परिवार के सदस्य) चिकित्सीय अभिकरणों को सामान्यतया अपना सहयोग देते हैं। इस सन्दर्भ मे इस बात का प्रयास किया जाता है कि रोग से सम्बन्धित मूल कारणों को समाप्त किया जाए।

एक दूसरे पर अवलम्बित सामाजिक भूमिकाओं वाले समाज में रोगी को स्वास्थ्य लाभ के लिए सामाजिक दबाव का सामना करना पड़ता है। अमेरिका जैसे समाज में रोगी स्वास्थ्य सम्बन्धी अभिकर्ताओं से हर सम्भव सहयोग की अपेक्षा करता है। रूग्णावस्था में रोगी चिकित्सक से किसी न किसी रूप में अपना विरोध प्रकट करता है। रोगी से रूग्ण भूमिका प्रतिपादित करने की अपेक्षा की जाती है जो अपने आप में दुविधापूर्ण एवं संशयात्मक होती है। रूग्णावस्था में रोगी यह सोचता है कि उसके रोग का निदान क्या होगा, बीमारी की अवधि क्या होगी,किस प्रकार का चिकित्सक होगा, उसका व्यवहार कैसा होगा, ये सभी बातें रोगी के लिए चिन्तनीय

होती हैं जिसके कारण उसकी रूग्ण भूमिका प्रभावित होती है। रोगी की भूमिका रूग्ण स्थिति से स्वस्थ होने की स्थिति की ओर उन्मुख होने से बदलती है । रूग्ण भूमिका स्थायी हो सकती है जिसके अन्तर्गत रोगी की भूमिका व्यक्ति की भूमिका से भिन्न हो सकती है। उपर्युक्त तथ्यों के प्रति **पार्सन्स** ने भी अपनी सहमति व्यक्त की है।

किसी भी स्थिति में रोगी की सामाजिक भूमिका संकुल होती है जिसमें उसका विभिन्न क्रिया कलाप सन्निहित होता है। इस सन्दर्भ में **गाफमैन** की गंवेषणा महत्वपूर्ण है। उसने अपने परीक्षण में मानसिक रोग से ग्रसित लोगों की "नैतिक जीवन चर्चा" का अध्ययन किया हैं। **गाफमैन** ने व्यक्ति के रोगी होने में उसके व्यक्तिगत अनुभवों का अध्ययन करते हुए रोग के साथ उसकी अभियोजना का अध्ययन किया है। रूग्णता के इस अध्ययन से रोग के प्रकार, चिकित्सीय पृष्ठभूमि एवं सांस्कृतिक परिस्थितियों आदि का पता लगता है। विभिन्न तकनीकों के सहयोग से जैसे मनोवैज्ञानिक परीक्षण, लघु समूह अन्तरक्रिया का सर्वेक्षण, अभिवृत्ति सर्वेक्षण, संरचनात्मक साक्षात्कार आदि से रूग्ण अवस्था का संवेदनात्मक अध्ययन सम्भव हो सकता है। रोगियों के अनुभवों का सामान्य स्तर पर अध्ययन **उफ** ने 'न्यू हैवेन' में किया था।

चिकित्सक रोगी सम्बन्ध का भविष्य :–

सम – सामयिक चिकित्सा व्यवस्था में चिकित्सक रोगी सम्बन्ध के औपचारिक प्रारूप पर विशेष बल दिया गया है। इसके अन्तर्गत स्वतंत्र चिकित्सा व्यवसाय एवं रोगी की रोगोपचारीय पृष्ठभूमि पर बल दिया गया है। आज कल चिकित्सक रोगी सम्बन्ध को सुधारने के लिए अनेक प्रारूपों को विकसित किया जा रहा है। रोगी चिकित्सक रोगी की सामाजिक व्यवस्था से ही सम्बन्धित नहीं है वरन् उस चिकित्सीय समूह से सम्बन्धित है जिसमें चिकित्सक प्रमुख व्यक्ति होता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध के उज्जवल भविष्य के लिए आवश्यक है कि चिकित्सक की भूमिका एवं रोगी की भूमिका को चिकित्सालय व्यवस्था में लगे अन्य कर्मचारियों की भूमिका के सन्दर्भ

में पुनः परिभाषित किया जाए। चिकित्सालय व्यवसाय का भविष्य औषधि विज्ञान, नर्सिंग, सामाजिक सेवा, प्रशासन निदेशित होगा। चिकित्सक रोगी सम्बन्ध को स्वस्थ बनाने के लिए आवश्यक है कि रोगी के परिवार को प्रमुखता प्रदान की जाए।

सारिणी संख्या – 3.1

डाक्टर उत्तरदाताओं का अपनी भूमिका के प्रति दृष्टिकोण

क्रम संख्या	भूमिका के प्रति दृष्टिकोण	डाक्टरो की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
01	मानव सेवा के रूप में	43	43
02	व्यवसाय के रूप में	3	3
03	जीविकोपार्जन के रूप में	20	20
04	पदानुरूप	34	34
	योग	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 3.1 में हमने डाक्टर उत्तरदाताओं का अपनी भूमिका के प्रति क्या दृष्टिकोण है, जानने का प्रयास किया है। डाक्टरों की भूमिका को हमने मानव सेवा, व्यवसाय, जीविकोपार्जन एवं पदानुरूप क्रम में विभक्त किया है। प्रस्तुत शोध में हमने 100 डाक्टरों का चयन किया है। ये डाक्टर चारों जिलो बाँदा, हमीरपुर, महोबा, चित्रकूट से सम्बन्धित हैं। कुल 100 डाक्टरों में से 43 प्रतिशत डाक्टरों का कहना है कि वे अपनी भूमिका को मानव सेवा के रूप मे देखते हैं। 100 डाक्टरों में से 3 प्रतिशत डाक्टरों का कहना है कि वे अपनी भूमिका को व्यवसाय के रूप में देखते हैं। कुल 100 डाक्टरों में 20 प्रतिशत डाक्टरों का कहना है कि वे अपनी भूमिका को न तो मानव सेवा के रूप में देखते हैं और न ही व्यवसाय के रूप में बल्कि वे अपनी भूमिका को जीविकोपार्जन के रूप में देखते हैं। कुल 100 डाक्टर उत्तरदाताओं में से

34 प्रतिशत उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अपनी भूमिका का निर्वाह पद के अनुरूप कर रहे हैं अर्थात जो पद उन्हें मिला है उसी के अनुरूप अपनी भूमिका का निर्वाहन कर रहे हैं।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि अधिकांश डाक्टर अपनी भूमिका को मानव सेवा के रूप में देखते हैं परन्तु यह बात सैद्धान्तिक रूप से ही सही कही जा सकती हे कि व्यवहार में ऐसा नहीं हैं। अधिकांश डाक्टरों ने अपनी भूमिका को व्यवसाय बना लिया है। वे अपने पद एवं भूमिका के द्वारा अधिकाधिक धन अर्जन करना चाहते हैं। आज छोटा से छोटा सरकारी डाक्टर भी अपना निजी क्लीनिक खोले हुए हैं जिनका उद्देश्य मानव सेवा नहीं वरन् अधिक से अधिक धन कमाना है। इसके अतिरिक्त सभी डाक्टर अपने निजी आवासों में मरीजों को देखते हैं जिनका उद्देश्य भी धन अर्जन करना है। यदि ये अपनी भूमिका को मानव सेवा कहते हैं तो फिर ये मरीज से शुल्क क्यों लेते है मानव सेवा में धन का महत्व नहीं होता। वह तो निस्वार्थ भाव से की जाती है। चूंकि शोधार्थिनी ने साक्षात्कार अनुसूची के द्वारा यह ज्ञात किया है कि अधिकांश डाक्टर अपनी भूमिका को मानव सेवा कहते हैं। यदि इसी तथ्य को व्यवहारिक एवं अनौपचारिक रूप से ज्ञात किया जाता, तो हो सकता है कि अधिकांश डाक्टर अपनी भूमिका को मानव सेवा के रूप में नहीं दर्शाते। कुछ डाक्टरों का कहना है कि वे अपनी भूमिका के द्वारा जीविकोपार्जन कर रहे हैं। डाक्टर पद पर रहते हुए व्यक्ति सिर्फ जीविकोपार्जन नहीं वरन् वे सभी सुख सुविधाएं प्राप्त करता है जो उसके लिए आवश्यक है। जीविकोपार्जन तो निम्न पद पर कार्यरत व्यक्ति ही करता है।

सारिणी संख्या 3.2

डाक्टरो का अपनी भूमिका के प्रति संतुष्टि का दृष्टिकोण

क्रम सं0	संतुष्टि / आयु वर्ग वर्षों में	हॉ		नहीं		मालूम नहीं		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	25 – 35	12	12	28	28	–	–	40	40
2	35 – 45	18	18	7	7	–	–	25	25
3	45 – 60	30	30	3	3	2	2	35	35
	योग	60	60	38	38	2	2	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 3.2 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि क्या चिकित्सक या डाक्टर अपनी भूमिका से संतुष्ट है। चिकित्सक वर्ग को हमने 25–35, 35–45, 45–60 आयुवर्गों में विभक्त किया है। संतुष्टि के दृष्टिकोण को हमने हां या नहीं एवं मालूम नहीं में विभाजित किया है। 25–35 आयु वर्ग के 12 (12 प्रतिशत) चिकित्सकों का कहना है कि वे अपनी भूमिका से संतुष्ट हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 28 (28 प्रतिशत) उत्तरदाताओं यानि चिकित्सकों का कहना है कि वे अपनी भूमिका से सन्तुष्ट नहीं है। 35–45 आयु वर्ग के 18 (18 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अपनी भूमिका से संतुष्ट हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 7 चिकित्सकों का कहना है कि वे अपनी भूमिका से संतुष्ट नहीं हैं। 45–60 आयु वर्ग के 30 (30 प्रतिशत) चिकित्सक मानते हैं कि वे अपनी भूमिका से संतुष्ट हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 3 (3 प्रतिशत) उत्तरदाता मानते हैं कि वे अपनी भूमिका से संतुष्ट नहीं है। इसी आयु वर्ग के 2 (2 प्रतिशत) चिकित्सक यह बताने में असमर्थ दिखे कि वे अपनी भूमिका से संतुष्ट हैं या नहीं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि 25–35 आयु वर्ग के डाक्टर अपनी भूमिका से जयादा सन्तुष्ट नहीं हैं। इसका कारण यह भी हो सकता है कि वे अभी इस क्षेत्र में नए हैं। दूसरा कारण यह भी हो सकता है कि अभी इन्हे इनकी योग्यता के अनुसार पद न मिला हो। इसी सारिणी मे 45–60 आयु वर्ग के डाक्टरों को यदि देखा जाए तो अधिकांश अपनी भूमिका से सन्तुष्ट नजर आते हैं। प्रायः यह देखा गया है कि जब कोई भी व्यक्ति किसी पद को धारित करता है तो प्रारम्भ में वह संतुष्ट नजर नहीं आता लेकिन बाद में वह उसी मे सन्तोष करने लगता है। यही बात इस सारिणी से भी मालूम होती है। इस प्रकार यदि इस सारिणी के बारे में संक्षेप मे कहा जाए तो कुल 100 डाक्टरों में से 60 (60 प्रतिशत) अपनी भूमिका से संतुष्ट है जबकि 38 (38 प्रतिशत) असंतुष्ट दिखे । इसके अतिरिक्त 2 (2 प्रतिशत) ने इस विषय में बताने में असमर्थता जताई।

सारिणी संख्या 3.3

रोगियों का डाक्टरों की भूमिका के प्रति दृष्टिकोण

क्रम सं0	दृष्टिकोण	रोगियो की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1.	ईश्वरीय दृष्टि से	120	30
2.	सिर्फ डाक्टर की दृष्टि से	160	40
3.	शोषक की दृष्टि से	80	20
4.	श्रृद्धा की दृष्टि से	20	5
5.	किसी रूप मे नहीं	20	5
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 3.3 में यह जानने का प्रयास किया गया है कि रोगी डाक्टर की भूमिका को किस रूप मे देखते हैं। डाक्टरों या चिकित्सकों के प्रति रोगी के दृष्टिकोण को ईश्वरीय दृष्टि से, सिर्फ डाक्टर की दृष्टि से, शोषक की दृष्टि से, श्रृद्धा की दृष्टि से एवं किसी रूप में नहीं आदि में वर्गीकृत किया गया है। रोगी उत्तरदाताओं की कुल संख्या 400 है। 120 (30 प्रतिशत) रोगी उत्तर दाताओं का मानना है कि वे डाक्टर की भूमिका को ईश्वर तुल्य मानते हैं। इन उत्तरदाताओं का कहना है कि ईश्वर के बाद डाक्टर का ही स्थान है क्योंकि वही बीमार से बीमार व मारणासन्न व्यक्ति की जान बचाता है। 160 (40 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि वे डाक्टर की भूमिका को सिर्फ डाक्टर के रूप में ही देखते हैं जो रोगी का इलाज करता है और उसे ठीक होने की स्थिति में लाता है। 80 (20 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि वर्तमान में डाक्टर का स्वरूप बदल गया है और उनका उद्देश्य सिर्फ पैसा कमाना रह गया। ऐसे उत्तरदाता डाक्टर को एक शोषक के रूप में देखते हैं। ऐसे रोगियों का कहना है कि ठीक होने के बाद उनकी डाक्टरों के प्रति कोई श्रृद्धा नहीं रहती क्योंकि वे इतना पैसा खर्च कर चुके होते हैं कि वे अब इनके पास देबारा आना भी नहीं चाहते। 20 (5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता ऐसे मिले हैं जिनका कहना है कि वे डाक्टर को उपरोक्त स्वरूपों में से किसी भी रूप मे नहीं देखते। वे डाक्टर को सिर्फ मनुष्य के रूप में ही देखते हैं और इनका कहना है कि कोई भी व्यक्ति यदि अच्छी पढाई – लिखाई करे तो वह भी इसी तरह का डाक्टर बन सकता है। यह कोई ईश्वरीय या अलौकिक पद नहीं है। इस प्रकार यदि देखा जाए तो डाक्टर या चिकित्सक की भूमिका के प्रति विश्वास में कमी आयी है। अब डाक्टरो का नजरिया भी पहले जैसा नहीं रहा। वे अधिकाधिक औपचारिक होते जा रहे है जबकि विश्वास एक अनौपचारिक तत्व है जो आज के भौतिकवादी परिवेश में कमजोर पड़ता जा रहा है।

सारिणी संख्या 3.4

डाक्टर उत्तरदाताओं का कार्यरत स्थलों में संतुष्टि के प्रति दृष्टिकोण

क्रम	संतुष्टि / आयु वर्ग	हॉ		नहीं		मालूम नहीं		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	25–35	3	3	22	22	1	1	26	26
2	35–45	17	17	9	9	2	2	28	28
3	45–60	38	38	2	2	6	6	46	46
	योग	58	58	33	33	9	9	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 3.4 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि जिन क्षेत्र में चिकित्सक कार्यरत हैं वे वहां खुश है या नहीं। चिकित्सकों को हमने 25–35, 35–45, एवं 45–60 आयु वर्ग मे विभक्त किया है। संतुष्टि के दृष्टिकोण को हां, नहीं एवं नहीं मालूम में विभक्त किया गया है। 25–35 आयुवर्ग के 3 (3 प्रतिशत) चिकित्सकों का कहना है कि वे अपने कार्यरत स्थल में खुश हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 22 (22 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अपने कार्यरत स्थल मे खुश नहीं है। इसी आयु वर्ग के 1 (1 प्रतिशत) चिकित्सक ने इस सम्बन्ध में कोई उत्तर नहीं दिया। 35–45 आयु वर्ग के 17 (17 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अपने कार्यरत स्थल में खुश हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 9 (9 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का मानना है कि वे अपने कार्यरत स्थल में सुखी नहीं हैं इसके अतिरिक्त 2 (2 प्रतिशत) उत्तरदाता जो इसी आयु वर्ग से सम्बन्धित हैं कुछ भी बताने में असमर्थ रहे। 45–60 आयुवर्ग के 38 (38 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाताओं का

कहना है कि वे जिस जगह कार्यरत हैं वहां पर वे सुखी है जबकि इसी आयुवर्ग के 2 (2 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अपने कार्यस्थल पर खुश नहीं हैं। इसी आयुवर्ग के 6 (6 प्रतिशत) डाक्टर उत्तरदाताओं ने इस विषय में कुछ भी बताने में असमर्थता जताई।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि चिकित्सकों की युवा पीढ़ी अपने कार्यरत स्थलों मे खुश नहीं है। इसका प्रमुख कारण यह है कि जहां पर यह शोध आयोजित किया गया है वह पिछड़ा हुआ क्षेत्र है। अतः इन स्थानों में महानगरों जैसी सुविधाओं का अभाव है। यहां पर इनकी निजी प्रैक्टिस भी ज्यादा नहीं चलती। दूसरी ओर ये लोग अपने परिवार व बच्चों की पढाई – लिखाई को लेकर भी चिंतित दिखते हैं क्योंकि इन छोटे नगरों में महानगरों जैसे केन्द्र नहीं हैं। इसके विपरीत जो चिकित्सक अधिक आयु के हैं वे अपने कार्यरत स्थल मे खुश नजर आ रहे हैं। ये अपने सेवाकाल के अंतिम दौर में कहीं जाना भी नहीं चाहते। दूसरी ओर ऐसे चिकित्सकों ने इन जगहों पर अपने स्थाई आवास भी बना लिये हैं। कुछ उम्रदराज चिकित्सकों का कहना है कि उन्होंने बहुत सारा समय इस क्षेत्र में बिताया है अतः इस क्षेत्र से वे भावनात्मक रूप से जुड़ गए हैं।

सारिणी संख्या 3.5

रोगी उत्तरदाताओं का डाक्टरों की भूमिका निर्वाहन के प्रति दृष्टिकोण

क्रम संख्या	दृष्टिकोण / आयुवर्ग	हाँ		नहीं		मालूम नहीं		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	15–25	16	4	88	22	1	.25	105	26.25
2	25–35	108	27	26	6.5	–	–	134	33.5
3	35–45	86	21.5	22	5.5	4	1	112	28
4	45–60	18	4.5	25	6.25	6	1.5	49	12.25
	योग	228	57	161	40.25	11	2.75	400	100

रोगी उत्तरदाता चिकित्सकों की भूमिका निर्वाहन के प्रति कैसा दृष्टिकोण रखते हैं इसे हमने सारिणी संख्या 3.5 के माध्यम से स्पष्ट करने का प्रयास किया है। रोगी उत्तरदाताओं को हमने 15–25, 25–35, 35–45, एवं 45–60 आयुवर्ग में विभक्त किया है। 15–25 आयु वर्ग के 16 (4 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन करते हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 88 (22 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन नहीं कर रहे हैं। इसी आयु वर्ग के 1 (.25 प्रतिशत) उत्तरदाता ने इस विषय मे अनभिज्ञता जाहिर की। 25–35 आयु वर्ग के 108 (27 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का मानना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन कर रहे हैं जबकि इसी आयु वर्ग 26 (6.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का मानना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन नहीं कर रहे। 35–45 आयु वर्ग 86 (21.5 प्रतिशतें) उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन कर

रहे हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 22 (5.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का मानना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन नहीं कर रहे। इसी आयु वर्ग के 4 (1 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता इस विषय में कुछ भी नहीं बता सके। 45–60 आयु वर्ग के 18 (4.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का मानना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन कर रहे हैं जबकि इसी आयु वर्ग के 25 (6.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता यह कहते हैं किं चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन नहीं कर रहे। इसी आयु वर्ग के 6 (1.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं ने इस सम्बन्ध में अपनी अनभिज्ञता जाहिर की।

इस प्रकार यदि देखा जाए तो कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 228 (57 प्रतिशत) का मानना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन कर रहे हैं जबकि 161 (40.25 प्रतिशत) का कहना है कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन नहीं कर रहे। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 11 (2.75 प्रतिशत) उत्तरदाता इस सम्बन्ध में कुछ नहीं कह सके। इस सारिणी से यह बात उभरकर सामने आती है कि रोगियों की नजर में आज भी चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वाहन कर रहे हैं।

अध्याय चतुर्थ

चिकित्सीय उपव्यवस्था में चिकित्सक रोगी सम्बन्ध

- सामाजिक सम्बन्ध की विशेषतायें
- सामाजिक सम्बन्धों का वर्गीकरण

अध्याय – चतुर्थ

चिकित्सीय उपव्यवस्था में चिकित्सक एवं रोगी सम्बन्ध

सामाजिक सम्बन्ध समाज की आधारशिला और सार हैं सामाजिक सम्बन्धों को परिभाषित करते हुए प्रसिद्ध जर्मन समाजशास्त्री **Max Weber** ने लिखा है कि "सामाजिक सम्बन्ध शब्द का प्रयोग अनेक कर्ताओं के ऐसे व्यवहार को स्पष्ट करने के लिए किया जाता है कि जो अर्थ पूर्ण हो तथा एक दूसरे की क्रियाओं से प्रभावित होता हो।"[1]

Theodorson and Theodorson के अनुसार "सामाजिक सम्बन्ध दो या दो से अधिक व्यक्तियों के बीच पायी जाने वाली प्रतिमानित सामाजिक अन्तःक्रिया है। इस परिभाषा से स्पष्ट है कि –

1. सामाजिक सम्बन्ध बनाने के लिए कम से कम दो या दो से अधिक व्यक्तियों का होना,
2. ये परस्पर अन्तःक्रिया करे तथा
3. अन्तःक्रिया का कोई न कोई प्रतिमानित रूप विकसित होना चाहिए।

Kingsley Davis ने लिखा है कि "सामाजिक सम्बन्ध का अर्थ दो या दो से अधिक व्यक्तियों का आपस में सम्बन्ध ही नहीं है वरन इन व्यक्तियों का समूह के साथ सम्बन्ध भी है।"[3]

MacIver and Page ने लिखा है कि "सामाजिक सम्बन्ध में व्यक्ति की

1.Weber, Max, Theory of Social and Economic Organization ,P.18
2.Theodorson and Theodorson ; A Modern Dictionary of Socialogy, P. 393
3.Davis,K. ; Human Society

मनोवृत्ति तथा वे स्वार्थ आते हैं जिनसे वे सम्बन्धित होते हैं।"[1]

उपर्युक्त परिभाषाओ में सामाजिक सम्बन्धों के बारे में निम्नलिखित बातों पर जोर दिया गया है–

1. दो या दो से अधिक व्यक्तियों का होना
2. उनमें पारस्परिक जागरूकता का होना
3. सम्पर्क एवं संचार की व्यवस्था का होना
4. उनमें सामाजिक अन्तःक्रिया का होना
5. सामाजिक अन्तःक्रिया का प्रतिमानित रूप एवं अर्थपूर्ण प्रभाव होना।

सामाजिक सम्बन्ध की विशेषतायें :– सामाजिक सम्बन्ध की कुछ प्रमुख विशेषताएं निम्नवत हैं–

1. **अमूर्त :–** सामाजिक सम्बन्ध अमूर्त होते हैं। इनका कोई भौतिक आधार नहीं होता है जैसा कि टेबल, कुर्सी, पंखा, घड़ी, पेन आदि का होता है। चूंकि सम्बन्ध मानसिक तथ्य है अतः इन्हें महसूस किया जा सकता है।

2. **जटिल प्रकृति :–** सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति जटिल होती है। यही कारण है कि कई बार इनके बारे में भविष्यवाणी करना कठिन हो जाता है। सामाजिक सम्बन्धों की संख्या भी असंख्य है। इन असंख्य सम्बन्धों के ताने बाने से ही समाज का निर्माण होता है।

3. **अनिश्चित स्वरूप :–** सामाजिक इच्छाओं का कोई निश्चित स्वरूप नहीं होता। विभिन्न व्यक्तियों के उद्देश्यों, कार्यो, पदों एवं भूमिकाओं के अनुसार सामाजिक सम्बन्ध भी अनेक प्रकार के होते है।

4. **स्थाई एवं अस्थाई प्रकृति :–** सामाजिक सम्बन्ध स्थायी हो सकते है जैसे परिवार के सदस्यों के होते है और ये सम्बन्ध स्थायी भी हो सकते है जैसे डाक्टर व मरीज, दुकानदार व ग्राहक के होते है अस्थाई सम्बन्ध थोड़े समय के लिए होते हैं और

1.MacIver and Page; Society

उद्देश्यो की प्राप्ति के बाद समाप्त हो जाते हैं।

5. **सहयोगी एवं असहयोगी प्रकृति** :— सामाजिक सम्बन्ध दो व्यक्तियों या समूहों के बीच सहयोग के आधार पर भी निर्मित हो सकते है और इनमें से विरोध एवं संघर्ष के कारण भी सम्बन्ध प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष भी हो सकते हैं ।

6. **प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष** :— सामाजिक सम्बन्ध प्रत्यक्ष और आमने सामने के सम्पर्क द्वारा भी स्थापित किए जा सकते है जैसे नेता व श्रोता, अध्यापक एवं छात्र। साथ साथ काम करने वाले मजदूरों व कर्मचारियों के द्वारा भी दो व्यक्तियों के बीच सम्बन्ध बन सकते हैं, इन्हें अप्रत्यक्ष सामाजिक सम्बन्ध कहेंगे।

7. **माप असम्भव** :— सामाजिक सम्बन्धों को भौतिक वस्तुओं की तरह गज, फुट इंच एवं किलोग्राम मे नाप तौल नहीं सकते उन्हें केवल महसूस किया जा सकता है।

सामाजिक सम्बन्धों का वर्गीकरण :—

अनेक विद्वानों ने सामाजिक सम्बन्धों को विभिन्न श्रेणियों में विभाजत करने का प्रयास किया हैं इनमें **Sorokin, Max Weber, Tonnies and Charle Cooley** का वर्गीकरण प्रसिद्ध है।

Sorokin के अनुसार सम्बन्धों का वर्गीकरण निम्नवत है —

1. ऐसे सम्बन्ध जो क्रिया के अभाव में बनते हैं जैसे प्रभावशाली व्यक्ति से प्रभावित होकर सामाजिक सम्बन्धों की स्थापनाएं होती हैं।

2. द्विमुखी तथा एकमुखी सम्बन्ध जैसे एक व्यक्ति दूसरे से प्रभावित तो होता है किन्तु स्वयं उसको प्रभावित करने में असमर्थ रहता है जैसे वर्तमान युवा पीढी पिछली पीढी से प्रभावित तो अवश्य है किन्तु उसे प्रभावित करने में असमर्थ है।

3. दीर्घकालीन सम्बन्धों की प्रवृत्ति स्थायी है जबकि अल्पकालिक संम्बन्धों की प्रकृति अस्थाई है।

4. विरोध को उत्पन्न करने वाले सम्बन्धों को विरोधी सम्बन्धों की संज्ञा दी जाती

है। इसके विपरीत वे सम्बन्ध जो सामाजिक सम्बन्धों को सुदृढ बनाते है उन्हें दृढ सम्बन्ध कहते हैं।

5. व्यक्तियों के आमने सामने के सम्बन्धों को प्रत्यक्ष सम्बन्ध कहते हैं। इसके विपरीत वे सम्बन्ध जो आमने सामने के नहीं होते है उन्हें अपरोक्ष सम्बन्ध कहते हैं।

6. जागरूक अवस्था में किए गए सम्बन्धों को सचेत सम्बन्ध कहते हैं। इसके विपरीत जो अचानक अनजाने में सम्बन्ध स्थापित हो जाते हैं उन्हें हम अचेतन सम्बन्ध कहते हैं।

7. पूर्ण नियोजित योजना को ध्यान में रखकर जो सम्बन्ध गढ़े जाते हैं वे नियमित सम्बन्ध कहलाते हैं। जो बिना किसी योजना के सम्बन्ध बनते हैं उन्हें अनियमित सम्बन्धों की संज्ञा दी जाती है।

Max Weber के अनुसार सामाजिक सम्बन्धों को प्रमुख रूप से दो भागों में बांटा जा सकता है। एक वे जो तर्क प्रधान होते है और दूसरे वे जो भावना प्रधान होते है। उदाहरण के लिए हमारे व्यापारिक सम्बन्ध तर्क प्रधान होते है जबकि मित्रों एवं परिवारजनों के सम्बन्ध भावना पर आधारित होते हैं। सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति के आधार पर **Max Weber** ने दो प्रकार के सम्बन्धों का उल्लेख किया है।

1. सहकारी सम्बन्ध
2. सामुदायिक सम्बन्ध

1. **सहकारी सम्बन्ध** :– इस प्रकार के सम्बन्ध बहुत सोच समझकर स्थापित किए जाते है। एक उद्देश्य की पूर्ति के लिए जब दो या दो से अधिक व्यक्ति एक दूसरे से सम्बन्ध स्थापित करते हैं तो उसे सहकारी सम्बन्ध कहते हैं। इन सम्बन्धों का आधार पारस्परिक समझौता होता है। सम्बन्ध स्थापित करने वाले दोनों पक्ष व्यक्तिगत स्वार्थ उद्देश्य एवं लाभ को प्राप्त करने के लिए सम्पर्क में आते हैं। इनमें प्रतिस्पर्धा की भावना होती है। इस प्रकार के सम्बन्ध समितियों, संघों क्लब आदि में देखे जा

सकते हैं।

2. **सामुदायिक सम्बन्ध** :— सामुदायिक सम्बन्ध में स्नेह परम्परा एवं भावनाओं का अधिक महत्व होता है। परिवार, पड़ोस, मित्र मंडली एवं लघु समुदायों में इसी प्रकार के सम्बन्ध पाए जाते हैं। इन सम्बन्धों में व्यक्तिगत स्वार्थ को अधिक महत्व नहीं दिया जाता। ये सम्बन्ध स्थिर एवं प्राथमिक होते हैं। **Max Weber** का मत है कि सामुदायिक सम्बन्धों की स्थापना कुछ व्यक्तियों के बीच सामान्य गुणों, सामान्य परिस्थितियों, सामान्य व्यवहार प्रतिमानों के फलस्वरूप नहीं होती वरन् उनके अस्तित्व का बड़ा कारण आत्मीयता की भावना है। इस आत्मीयता की भावना के कारण ही सामुदायिक सम्बन्ध सबसे अधिक उन समूहों में पाए जाते हैं जो आकार में सबसे छोटे होते हैं।

Max Weber ने सामाजिक सम्बन्धों का एक अन्य वर्गीकरण भी प्रस्तुत किया है। **Max Weber** ने लिखा है कि सामाजिक सम्बन्धों पर लगाए गए नियंत्रण एवं कर्ता के सहयोग की दृष्टि से सभी प्रकार के सम्बन्धों को चाहे वे सहकारी हों या सामुदायिक मुक्त एवं बन्द दो भागों में वर्गीकृत किया जा सकता है :—

1. **मुक्त सम्बन्ध** :— जब समाज अपने सदस्यों को व्यक्तिगत आधार पर सम्बन्ध स्थापित करने की छूट देता है तो ऐसे सम्बन्ध को मुक्त सम्बन्ध कहा जाता है। इस प्रकार के सम्बन्धों में व्यक्ति अपनी रूचि, स्वार्थ एवं उद्देश्यों के अनुसार परिवर्तित कर सकता है।

2. **बन्द सम्बन्ध** :— बन्द सम्बन्ध कुछ व्यक्तियों के सम्बन्ध हैं जिनमें बाहरी व्यक्तियों को भाग लेने में प्रतिबन्ध लगा होता है। इस प्रकार के सम्बन्धों का आधार परमात्मक होता है जिसमें परिवर्तन की सम्भावनाएं कम होती है।

F.Tonnies ने सामाजिक सम्बन्धों को दो वर्गो मे विभाजित किया है —

1. समुदाय की तरह सम्बन्ध

2. समिति की तरह सम्बन्ध

Tonnies ने समुदाय की तरह सम्बन्धों को तीन वर्गो में बांटा है–

अ. **सहचारी तरह के सम्बन्ध** :– समुदाय में सहचारी सम्बन्ध का अर्थ है कि व्यक्ति समूह में साथ – साथ समुदाय में निवास करता है। एक समुदाय के व्यक्तियों में परस्पर आकर्षण तथा एक दूसरे के कल्याण की भावना होती है। इनमें एकता एवं सामूहिकता अत्यधिक होती है।

ब. **अधिकारवादी तरह के सम्बन्ध** :– इस प्रकार के सम्बन्धों के आधार आदेश और सत्ता से निर्मित होते हैं जैसे पिता और पुत्र का सम्बन्ध।

स. **मिश्रित सम्बन्ध** :– समुदाय में अनेक ऐसे सम्बन्ध होते हैं जिसमें सत्ता एवं सहचारिता की विशेषताएं समाहित होती है। जैसे पति पत्नी के सम्बन्ध।

2. **Tonnies** ने समिति की तरह सम्बन्धों को दो वर्गो में बांटा है–

अ. इस प्रकार के सम्बन्ध महानगरों के जटिल समाज के अनेक संगठनो के सदस्यों के सम्बन्ध इस तथ्य के उदाहरण हैं।

ब. **अधिकारवादी तरह के सम्बन्ध** :– आधुनिक राज्य अधिकारवादी सम्बन्धों को दर्शाते हैं। राज्यों में शक्ति का स्वरूप दो प्रकार का दिखाई पड़ता है, मालिक और श्रमिक।

Charles Cooley ने सम्बन्धों को प्राथमिक एवं द्वैतीयक दो भागों में बांटा है

1. **प्राथमिक सम्बन्ध** :– ये सम्बन्ध आमने सामने के घनिष्ठ एवं सहयोगी होते है, जैसे परिवार, पड़ोस, क्रीड़ा, समूह, मित्र मंडली आदि में पाये जाते हैं।

2. **द्वैतीयक सम्बन्ध** :– ये सम्बन्ध प्राथमिक सम्बन्ध के विपरीत होते है। ये अप्रत्यक्ष, औपचारिक एवं स्वार्थपूर्ण होते हैं। राजनैतिक दल के सदस्यों, मजदूरों, संगठनों एवं विश्वविद्यालय के छात्रों में ,द्वैतीयक सम्बन्ध पाये जाते हैं।

स्वास्थ्य और चिकित्सा प्रत्येक राष्ट्र की मूलभूत आवश्यकता एवं शर्त है।

चिकित्सा के सामाजिक आयाम को सामान्यतः उतना महत्व नहीं दिया गया जितना देना चाहिए था परन्तु इस गलती को उत्तरोत्तर सुधारा जा रहा है तथा आज के वातावरण और स्वास्थ्य को लेकर सरकार भी बहुत प्रयत्नशील है तथा प्रचार के माध्यम से समाजवासियो को सजगता प्रदान कर रही है। अब यह स्वीकार किया जाता है कि रोग स्वास्थ्य एवं चिकित्सा में साािजक सांस्कृतिक पक्ष की उपेक्षा नहीं की जा सकती है बल्कि इस ओर समाज भी अपने स्वास्थ्य को लेकर सजग होता जा रहा है।

आज जीवन का हर क्षेत्र अस्वस्थ है इसलिए यह समाज अपने स्वास्थ्य के प्रति काफी सजग होता जा रहा है चाहे वह ग्रामीण हो या नगरीय। प्रस्तुत अध्ययन में बुन्देलखण्ड क्षेत्र के चित्रकूट धाम मण्डल के मरीज या रोगियों एवं चिकित्सक या डाक्टर्स के सम्बन्धों का विश्लेषण प्रस्तुत किया जा रहा है। प्रस्तुत अध्ययन में हमने 100 चिकित्सकों एवं 400 मरीजों को सम्मिलित किया है जो विभिन्न जाति, वर्ग, व्यवसाय, शिक्षा एवं सामाजिक परिस्थितियों आदि से सम्बन्धित हैं। इन्हें हमने विभिन्न सारणीयन एवं विश्लेषण के अन्तर्गत समझाने का प्रयास किया है।

सारिणी संख्या 4.1
उत्तरदाताओं की जाति तथा आयु में सम्बन्ध

क्रम	आयु वर्ग /	15 से 25		25 से 35		35 से 45		45 से 60		योग	
सं0	जाति	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	सामान्य	24	6	32	8	52	13	4	1	112	28
2	पिछड़ी जाति	28	7	12	3	20	5	56	14	116	29
3	अनु0जाति	44	11	36	9	48	12	36	9	164	41
4	अन्य	1	0.25	1	0.25	4	1	2	0.5	8	2
	योग	97	24.25	81	20.25	124	31	98	24.5	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.1 के माध्यम से हमने मरीज उत्तरदाताओ की जाति एवं आयु मे सम्बन्ध को ज्ञात करने का प्रयास किया है। जाति को हमने सामान्य, पिछड़ी जाति, अनुसूचित जाति एवं अन्य मे विभक्त किया है। इसी प्रकार रोगी उत्तरदाताओ की आयु को हमने 15 से 25, 25 से 35, 35 से 45 एवं 45 से 60 आयु वर्ग में विभाजित किया है।

सामान्य जाति के 24 (6 प्रतिशत), 15 से 25 आयु वर्ग के 32 (8 प्रतिशत), 25 से 35 आयु वर्ग के 52 (13 प्रतिशत), 35 से 15 आयु वर्ग एवं 4 (1 प्रतिशत), 45 से 60 आयु वर्ग के रोगी उत्तरदाता प्राप्त हुए। पिछड़ी जाति के मरीज उत्तरदाताओ की संख्या 116 (29 प्रतिशत) प्राप्त हुई जिनमे 28 (7 प्रतिशत) 15 से 25 आयुवर्ग, 12 (3 प्रतिशत) 25 से 35 आयु वर्ग 20 (5 प्रतिशत) 35 से 45 आयु वर्ग एवं 56 (14 प्रतिशत) 45 से 60 आयु वर्ग के थे। इसी प्रकार कुल 400 रोगी उत्तरदाताओ मे से अनुसूचित जाति के मरीज उत्तरदाताओ की संख्या 164 (41 प्रतिशत) रही जिसमे 44 (11 प्रतिशत) उत्तरदाता 15 से 25 आयुवर्ग के 36 (9 प्रतिशत) उत्तरदाता 25 से 35 आयुवर्ग के, 48 (12 प्रतिशत) उत्तरदाता 35 से 45 आयु वर्ग के एवं 36 (9 प्रतिशत) उत्तरदाता 45 से 60 आयुवर्ग के शामिल है सर्वेक्षण के दौरान अन्य जाति (जैसे मुस्लिम, घूमलू जाति) के जो उत्तरदाता मिले उनकी संख्या 8 (2 प्रतिशत) रही और इनमे जो मरीज उत्तरदाता पाए गए वे 1 (.25 प्रतिशत) 15 से 25 आयु वर्ग के 1 (.25 प्रतिशत) 25 से 35 आयु वर्ग के 4 (1 प्रतिशत) 35 से 45 आयुवर्ग के एवं 2 (.5 प्रतिशत) 45 से 60 आयु वर्ग के थे।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि यदि जातियों के क्रम में देखा जाए तो अनुसूचित जाति के रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है इसके बाद पिछड़ी जाति एवं सामान्य जाति का स्थान है। इसी प्रकार यदि आयुक्रम के हिसाब से रोगियों की संख्या पर नजर डाले तो 35 से 45 आयु वर्ग के रोगी सर्वाधिक है। तत्पश्चात 45 से 60 एवं 15से 25 आयुवर्ग के रोगियों का है।

सारिणी संख्या 4.2
उत्तरदाताओं की जाति एवं शैक्षिक योग्यता में सम्बन्ध

क्रम	आयु वर्ग / जाति	प्राथमिक		जू0हाईस्कूल		हाईस्कूल		इण्टरमीडिएट		स्नातक		परास्नातक		अन्य		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिश
1	सामान्य	2	0.5	16	4	52	13	35	8.75	4	1	2	0.5	1	0.25	112	28
2	पिछड़ी जाति	16	4	28	7	36	9	28	7	2	0.5	5	1.25	1	0.25	116	29
3	अनु0जाति	33	8.25	52	13	36	9	28	7	9	2.25	4	1	2	0.5	164	41
4	अन्य	4	1	1	0.25	2	0.5	—	—	1	0.25	—	—	—	—	8	2
	योग	55	13.75	97	24.25	126	31.5	91	22.75	16	4	11	2.75	4	1	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.2 के माध्यम से रोगी उत्तरदाताओं की जाति एवं शैक्षिक योग्यता में सम्बन्ध को जानने का प्रयास किया गया है। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से सामान्य जाति के उत्तरदाताओं की संख्या 112 (28 प्रतिशत) रही जिसमें प्राथमिक स्तर के 2 (.5 प्रतिशत), जू0हा0स्तर के 16 (4 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 52 (13 प्रतिशत),इण्टरमीडिएट स्तर के 35 (8.75 प्रतिशत),स्नातक स्तर के 4(1 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के 2 (.5 प्रतिशत) एवं अन्य योग्यता के 1 (.25 प्रतिशत) उत्तरदाता सम्मिलित हैं ।

पिछड़ी जाति के रोगी उत्तरदाताओं की संख्या 116 (29 प्रतिशत) प्राप्त हुई जिसमें प्राथमिक स्तर के 16 (4 प्रतिशत), जू0हाईस्कूल स्तर के 28 (7 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 36 (9 प्रतिशत), इण्टरमीडिएट स्तर के 28 (7 प्रतिशत), स्नातक स्तर के 2 (.5 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के 5 (1.25 प्रतिशत) एवं अन्य योग्यता के 1 (.25 प्रतिशत) उत्तरदाता शामिल हैं।

अनुसूचित जाति के कुल उत्तरदाताओं की संख्या 164 (41 प्रतिशत) प्राप्त हुई जिसमें प्राथमिक स्तर तक के 33 (8.25 प्रतिशत), जू0हाईस्कूल स्तर तक के 52 (13 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर तक के 36 (9 प्रतिशत), इण्टरमीडिएट स्तर तक के 28 (7 प्रतिशत), स्नातक स्तर तक के 9 (2.25 प्रतिशत), परास्नातक स्तर तक के 4 (1प्रतिशत) एवं अन्य योग्यता प्राप्त स्तर के 2 (.5 प्रतिशत) उत्तरदाता सम्मिलित हैं। इसी प्रकार अन्य जाति (मुस्लिम घूमन्तू जातियां) के कुछ रोगी उत्तरदाताओं की संख्या 8 (2 प्रतिशत) रहीं जिसमें 4 (प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 1 (.5 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के 2 (.5 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के एवं 1 (.25 प्रतिशत) एवं स्नातक स्तर के उत्तरदाता सम्मिलित हैं ।इस प्रकार उपरोक्त सारिणी से ज्ञात होता है कि जातिगत क्रम मे अनुसूचित जाति के रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इसके पश्चात पिछड़ी जाति के हैं। शैक्षिक क्रम मे देखा जाए तो हाईस्कूल योग्यता वाले उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इससे स्पष्ट होता है कि सरकारी चिकित्सालयों में अधिकतर गरीब व कमजोर वर्ग के कम पढे

लिखे लोग ही अधिकतर जाते हैं परन्तु इसका आशय यह नहीं है कि उच्च जाति के एवं अधिक पढे लिखे लोग सरकारी चिकित्सालयो में नही जाते वरन उनकी संख्या कम रहती है।

सारिणी संख्या 4.3
उत्तरदाताओं की व्यवसाय तथा आयु मे सम्बन्ध

क्रम	आयु वर्ग / जाति	कृषि		नौकरी		व्यवसाय		अन्य		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	15—25	20	5	4	1	16	4	2	0.5	42	10.5
2	25—35	44	11	36	9	76	19	9	2.25	165	41.25
3	35—45	68	17	48	12	44	11	2	0.5	162	40.5
4	45—60	12	3	4	1	12	3	3	0.75	31	7.75
	योग	144	36	92	23	148	37	16	4	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.3 के माध्यम से रोगी उत्तरदाताओं की आयु एवं व्यवसाय में सम्बन्ध को जानने का प्रयास किया गया है। उत्तरदाताओं को 15 से 25, 25 से 35, 35 से 45 एवं 45 से 60 आयुवर्ग मे विभाजित किया गया है। व्यवसाय को कृषि, नौकरी, व्यवसाय एवं अन्य मे विभक्त किया गया है।

15से 25 आयुवर्ग के कुल उत्तरदाताओं की संख्या 42 (10.5 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। इनमें 20 (5 प्रतिशत), कृषि 4 (1 प्रतिशत), नौकरी 16 (4 प्रतिशत) व्यवसाय एवं 2 (.5 प्रतिशत) अन्य कार्यो मे लगे हुए हैं। 25 से 35 आयु वर्ग के कुल उत्तरदाताओं की संख्या 165 (41.25 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। इन रोगी उत्तरदाताओं मे कृषि कार्यो मे संलग्न की संख्या 44 (11 प्रतिशत), नौकरी मे कार्यरत 36 (9 प्रतिशत), व्यवसाय में कार्यरत 76 (19 प्रतिशत) एवं अन्य कार्यो मे 9 (2.25 प्रतिशत) उत्तरदाता लगे हुए है। 35 से 45 आयु वर्ग के 162 (40.5 प्रतिशत) उत्तरदाता प्राप्त हुए जिसमे कृषि कार्यो में लगे हुए व्यक्तियों की संख्या 68 (17 प्रतिशत), नौकरी मे लगे हुए व्यक्तियों की संख्या 48 (12 प्रतिशत) व्यवसाय मे लगे हुए व्यक्तियों की संख्या 44 (11 प्रतिशत) एवं अन्य कार्यो मे लगे हुए व्यक्तियों की संख्या 2 (.5 प्रतिशत) है। 45 से 60 आयु वर्ग के 31 (7.75 प्रतिशत) उत्तरदाता मिले जिनमें 12 (3 प्रतिशत) कृषि कार्यो मे, 4 (1 प्रतिशत) नौकरी मे 12 (3 प्रतिशत) व्यवसाय मे एवं 3 (.75 प्रतिशत) अन्य कार्यो मे लगे हुए हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे रोगियों की संख्या सर्वाधिक है जो व्यवसाय मे संलग्न हैं यद्यपि इस सारिणी से यह भी ज्ञात होता है कि कृषि कार्यो मे लगे हुए व्यक्तियों की संख्या भी कम नहीं है। आयु वर्ग की दृष्टि से देखने पर ज्ञात होता है कि 25 से 35 आयु वर्ग के रोगियों की संख्या सर्वाधिक है। इसके बाद 35 से 45 आयुवर्ग के व्यक्तियों की संख्या है।

सारिणी संख्या 4.4
उत्तरदाताओं की जाति एवं आय मे सम्बन्ध

क्रम	आयु वर्ग / जाति	सामान्य		पिछड़ी जाति		अनुसूचित जाति		अन्य		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	1577–2500	44	11	28	7	52	13	4	18	128	32
2	2500–3500	28	7	36	9	36	9	2	0.5	102	25.5.
3	3500–4500	20	5	12	3	28	7	1	0.25	61	15.25
4	4500–5500	12	3	20	5	28	7	1	0.25	61	15.25
5	5500–6500	4	1	8	2	8	2	—		20	5
6	6500–7500	4	1	8	2	8	2	—		20	5
7	7500 से अधिक	—		4	1	4	1	—		18	2
	योग	112	28	116	29	164	41	8	2	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.4 के माध्यम से हमने चिकित्सकों के पास आने वाले मरीजों की जाति एवं आय मे सम्बन्ध को दर्शाने का प्रयास किया है। जाति को हमने सामान्य, पिछड़ी जाति, अनुसूचित जाति एवं अन्य मे विभक्त किया है जबकि आय को हमने 1500–2500, 2500–3500, 3500–4500, 4500–5500, 5500–6500, 6500–7500 एवं 7500 से अधिक समूहों मे विभक्त किया है।

1500–2500 मासिक आय वाले मरीज उत्तरदाताओं की संख्या 128 (32 प्रतिशत) है जिसमे सामान्य जाति के 44 (11 प्रतिशत), पिछडी जाति के 28 (7 प्रतिशत), अनुसूचित जाति के 52 (13 प्रतिशत) एवं अन्य जाति के 4 (1 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता सम्मिलित हैं। 2500–3500 आय वाले उततरदाताओं की संख्या 102 (25.5 प्रतिशत) मिली जिसमे सामान्य जाति के 28 (7 प्रतिशत), पिछड़ी जाति के 36 (9 प्रतिशत), अनुसूचित जाति के 36 (9 प्रतिशत) एवं अन्य जाति के 2 (.5 प्रतिशत) मरीज उत्तरदाता शामिल हैं। 3500–4500 आय वर्ग वाले रोगी उत्तरदाताओं की संख्या 61 (15.25 प्रतिशत) मिली जिसमे 20 (5 प्रतिशत) सामान्य जाति के, 12 (3 प्रतिशत) पिछड़ी जाति के, 28 (7 प्रतिशत) अनुसूचित जाति के एवं 1(.25 प्रतिशत) अन्य जाति के रोगी उत्तरदाता शामिल हैं। 4500–5500 आय वाले रोगियों की संख्या 61 (15.25 प्रतिशत) प्राप्त हुयी जिसमे सामान्य जाति के 12 (3 प्रतिशत), पिछड़ी जाति के 20 (5 प्रतिशत), अनुसूचित जाति के 28 (7 प्रतिशत) एवं अन्य जाति के 1 (.25 प्रतिशत) उत्तरदाता सम्मिलित हैं। 5500–6500 आय वाले उत्तरदाताओं की संख्या 20 (5 प्रतिशत) रही जिसमे 4 (1 प्रतिशत) सामान्य जाति के, 8 (2 प्रतिशत) पिछडी जाति के, 8 (2 प्रतिशत) अनुसूचित जाति के रोगी उत्तरदाता हैं। इसी प्रकार 6500–7500 रोगी उत्तरदाताओं की संख्या भी 20 (5 प्रतिशत) प्राप्त हुई जिसमे सामान्य जाति के 4 (1 प्रतिशत), पिछड़ी जाति के 8 (2 प्रतिशत) एवं अनुसूचित जाति के 8 (2 प्रतिशत)

उत्तरदाता शामिल हैं। 7500 से अधिक आय वाले रोगी व्यक्तियो की संख्या 8 (2 प्रतिशत) मिली। इस समूह मे पिछडी जाति के 4 (1 प्रतिशत) एवं अनुसूचित जाति के 4 (1 प्रतिशत) उत्तरदाता हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के अवलोकन से ज्ञात होता है कि 1500–2500 आय वाले रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है। इसके पश्चात 2500–3500 आय वाले वर्ग के मरीज आते हैं। संख्या की दृष्टि से अनुसूचित जाति के रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है। निष्कर्ष रूप मे इस सारिणी से ज्ञात तथ्यों के आधार पर यह कहा जा सकता है कि सरकारी चिकित्सालयों को दलित व पिछडी जाति के कम आय वाले रोगी ज्यादा जाते हैं।

सारिणी संख्या 4.5

उत्तरदाताओं की आयु परिवार सम्बंधी विवरण

क्रम	परिवार / आयुवर्ग	एकांकी परिवार		संयुक्त परिवार		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	15 – 25	48	12	50	12.5	98	24.5
02	25 – 35	96	24	44	11	140	35
03	35 – 45	76	19	36	9	112	28
04	45 – 60	24	6	26	6.5	50	12.5
	योग	244	61	156	39	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.5 के माध्यम से रोगी उत्तरदाताओ की आयु एवं उनके पारिवारिक स्वरूप को जानने का प्रयास किया गया है। रोगी उत्तरदाताओ को 15 से 25, 25 से 35, 35 से 45 एवं 45–60 आयुवर्ग मे विभक्त किया गया है। पारिवारिक

स्वरूप को एकाकी एवं संयुक्त परिवार के रूप में विभक्त किया गया है।

15 से 25 आयुवर्ग के 98 (24.5 प्रतिशत) उत्तरदाता मिले जिसमे 48 (12 प्रतिशत) एकांकी परिवार से एवं 50 (12.5 प्रतिशत) संयुक्त परिवार से सम्बन्धित है। 25–35 आयु वर्ग के 140 (35 प्रतिशत) उत्तरदाता प्राप्त हुए जिसमे 96 (24 प्रतिशत) एकांकी परिवार से एवं 44 (11 प्रतिशत) संयुक्त परिवार से सम्बन्धित है। 35 से 45 आयु वर्ग के उत्तरदाताओ की संख्या 112 (28 प्रतिशत) प्राप्त हुई। इन उत्तरदाताओ मे से 76 (19 प्रतिशत) एकांकी परिवार के एवं 36 (9 प्रतिशत) संयुक्त परिवार से सम्बन्धित है। 45 से 60 आयुवर्ग के जो रोगी उत्तरदाता मिले उनकी संख्या 50 (12.5 प्रतिशत) है। ऐसे उत्तरदाताओ मे से 24 (6 प्रतिशत) एकांकी परिवार से एवं 26 (6.5 प्रतिशत) संयुक्त परिवार से सम्बन्ध रखते है।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि एकांकी परिवार के रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक है। यह आज के परिप्रेक्ष्य मे सत्य भी है क्योंकि संयुक्त परिवार बहुत तेजी से विघटित हो रहा है। ग्रामीण समाजो मे भी आज संयुक्त परिवारो का लोप होता जा रहा है जबकि किसी समय संयुक्त परिवार ग्रामीण समाज के आधार के रूप में थे। उपरोक्त सारिणी से यह भी ज्ञात होता है कि 25 से 35 आयु वर्ग के रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है।

सारिणी संख्या – 4.6

उत्तरदाताओं का उपचार पद्वति में विश्वास सम्बंधी विवरण

क्रम	विश्वास / उपचार पद्वति	हाँ		नहीं		नहीं मालूम		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	एलोपैथिक	148	37	4	1	1	0.25	153	38.25
2	आर्युवेदिक	84	21	36	9	2	.5	122	30.5
3	होम्योपैथिक	26	6.5	28	7	4	1	58	14.5
4	यूनानी	–	–	2	.5	65	16.25	67	16.75
	योग	258	64.5	70	17.5	72	18	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.6 मे रोगी उत्तरदाताओ का उपचार पद्धति मे विश्वास सम्बन्धी दृष्टिकोण को जानने का प्रयास किया है। उपचार पद्धतियो को ऐैलोपैथिक, आयुर्वेदिक, होम्योपैथिक, एवं यूनानी मे विभक्त किया गया है रोगियो के विश्वास को हां, नहीं एवं नही मालूम मे बांटा गया है। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओ में से 148 (37 प्रतिशत) लोगो का कहना है कि उका ऐलोपैथिक पद्धति मे विश्वास है जबकि 4 (1 प्रतिशत) इसमें विश्वास नहीं करते। 1 (.25) लोगो ने इस विषय मे अनभिज्ञता जाहिर की। कुल 400 रोगी उत्तरदाताआ मे से 84 (21 प्रतिशत) का कहना है कि उनका आयुर्वेदिक पद्धति मे विश्वास बना हुआ है जबकि 36 (9 प्रतिशत) का कहना है कि उनका आयुर्वेदिक पद्धति मे विश्वास नहीं है। 2 (.5 प्रतिशत) लोगों ने इस सम्बन्ध में अनभिज्ञता जाहिर की। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 26 (6.5 प्रतिशत) का कहना हे कि उनका होम्योपैथिक पद्धति मे विश्वास है जबकि 28 (7 प्रतिशत) लोग इसमे विश्वास नहीं करते एवं 4 (1 प्रतिशत) लोगों ने इस विषय मे कुछ नहीं कहा। जब यूनानी

पद्धति के बारे में लोगों से पूछा गया तो सकारात्मक किसी ने जवाब नहीं दिया एवं 2 (.5 प्रतिशत) लोगों ने बताया कि इस पद्धति मे उन्हे विश्वास नहीं है जबकि 65 (16. 25 प्रतिशत) लोगों ने इस विषय में अनभिज्ञता जाहिर की।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐलोपैथिक पद्धति मे विश्वास करने वाले लोगों की संख्या सर्वाधिक है। ऐलोपैथिक के बाद लोगों का विश्वास आयुर्वेदिक पद्धति में है। यूनानी पद्धति के बारे मे यहाँ के लोगों को बहुत कम मालूम है। यही बात उपरोक्त सारिणी से भी उभरकर सामने आती है।

सारिणी संख्या 4.7

रोगी के किसी डाक्टर के पास बार बार जाने के परिणाम स्वरूप उत्पन्न सम्बन्ध

क्रम	सम्बन्ध	रोगी उत्तरदाताओ की कुल संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	डाक्टर मित्र लगने लगता है	84	21
2	डाक्टर के प्रति भावनात्मक जुड़ाव पैदा हो जाता है	172	43
3	डाक्टर के प्रति सम्मान व श्रृद्धा बढने लगती है।	112	28
4	कुछ नहीं होता है	32	8
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.7 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि यदि कोई रोगी किसी डाक्टर के पास बार बार जाता है तो वह डाक्टर के प्रति क्या धारणा रखता है। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 84 (21 प्रतिशत) का कहना है कि

यदि वे किसी डाक्क्टर के पास बार बार जाते हैं तो डाक्टर उन्हे मित्र लगने लगता है। 172 (43 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि वे किसी डाक्टर के पास बार बार जाते है तो डाक्टर के प्रति भावनात्मक जुड़ाव पैदा हो जाता है। 112 (28 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओ का कहना है कि यदि वे किसी डाक्टर के पास बार–बार जाते हैं तो उस डाक्टर के प्रति उनमें सम्मान व श्रृद्धा बढने लगती है। 32 (8 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि वे किसी डाक्टर के पास बार बार जाते हैं तो उन्हे कोई फर्क नहीं पड़ता।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते है कि यदि वे किसी डाक्टर के पास बार बार जाते है तो उस चिकित्सक के प्रति भावनात्मक जुड़ाव पैदा हो जाता है। यहां पर यह ध्यान रखना आवश्यक है कि हमने एक अच्छे डाक्टर के बारे में रोगियों के विचारों को जानने प्रयास किया है।

सारिणी संख्या 4.8

रोगी उत्तरदाताओं की दृष्टि में एक चिकित्सक के आवश्यक गुण

क्रम	आवश्यक गुण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	डाक्टर मृदुभाषी हो	132	33
2	रोग के निदान मे निपुण हो	156	39
3	घमंडी न हो	88	22
4	मरीज को समझाने मे दक्ष हो	24	6
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.8 के आधार पर हमने यह जानने का प्रयास किया है कि

रोगी की दृष्टि में एक चिकित्सक मे कौन–कौन से आवश्यक गुण होने चाहिए। चिकित्सक के गुणों को हमने चिकित्सक मृदुभाषी हों, रोग के निदान मे निपुण हो घमंडी न हों एवं मरीज को समझाने मे दक्ष हों आदि मे विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 132 (33 प्रतिशत) का कहना है कि एक अच्छे चिकित्सक को मृदुभाषी होना चाहिए। 156 (39 प्रतिशत) का कहना है कि अच्छा चिकित्सक वही है जो रोग के निदान मे दक्ष हो। 88 (22 प्रतिशत) इस पक्ष मे है कि यदि चिकित्सक घमंडी न हो तो वह अच्छे चिकित्सक की श्रेणी में आएगा। 24 (6 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि अच्छा चिकित्सक वही है जो मरीज को समझाने मे दक्ष हो।

उपरोक्त सारिणी के विवरण से यह ज्ञात होता है कि अधिकांश उत्तरदाता ऐसे चिकित्सक को सर्वोत्तम मानते है जो रोग के निदान मे दक्ष हो जबकि काफी कुछ रोगी उत्तरदाता मृदुभाषा को चिकित्सक के एक आवश्यक गुण के रूप में स्वीकार करते हैं।

सारिणी संख्या 4.9

चिकित्सक द्वारा निःशुल्क दवा देने एवं मरीज के बीच सम्बन्ध

क्रम	सम्बन्ध	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	डाक्टर की लम्बी उम्र की कामना	79	19.75
2	डाक्टर की दयालुता के प्रति कृतज्ञता	123	30.75
3	उपरोक्त दोनो	86	21.5
4	डाक्टर की बदले मे अपने पास उपलब्ध वस्तुए देना	57	14.25
5	कुछ नहीं	55	13.75
	योग	400	100

उपरोक्त सारिणी संख्या 4.9 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि यदि कोई चिकित्सक किसी रोग को निःशुल्क दवा देते हैं तो रोगी का चिकित्सक के प्रति क्या दृष्टिकोण रहता है । रोगी के दृष्टिकोण को हमने डाक्टर की लम्बी उम्र की कामना, डाक्टर की दयालुता के प्रति कृतज्ञता, उपरोक्त दोनो बातें, डाक्टर को बदले मे अपने पास उपलब्ध वस्तुए देना एवं कुछ नहीं में विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 79 (19.75 प्रतिशत) का कहना है कि चिकित्सक यदि उन्हे निःशुल्क दवा उपलबध कराता है तो वे चिकित्सक की लम्बी उम्र की कामना करते हैं। 123 (30.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि कोई चिकितसक उन्हे निःशुल्क दवा देते हैं तो वे चिकित्सक की दयालुता के प्रति कृतज्ञता ज्ञापित करते हैं। 86 (21.5 प्रतिशत) उत्तरदाता यह मानते है कि चिकित्सक द्वारा निःशुल्क दवा देने पर वे चिकित्सक की लम्बी उम्र की कामना के साथ – साथ

उसकी दयालुता के प्रति कृतज्ञता भी ज्ञापित करते हैं। 57 (14.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि कोई चिकित्सक निःशुल्क दवा उन्हें उपलब्ध कराता है तो वे भी अपने पास उपलब्ध वस्तुए जैसे घी व अन्य चीजें डाक्टर को श्रृद्धानुसार देने की कोशिश करते हैं। इसमे किसी प्रकार का दबाव नहीं होता। 55 (13.75 प्रतिशत) उत्तरदाता यह मानते हैं कि चिकित्सक द्वारा निःशुल्क दवा उपलब्ध कराने पर उन्हे कोई फर्क नहीं पड़ता।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते हैं कि चिकित्सक द्वारा उन्हे निःशुल्क दवा उपलबध कराने पर वे चिकित्सक की दयालुता पर कृतज्ञता ज्ञापित करते हैं जबकि दूसरे नम्बर पर ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो चिकित्सा की लम्बी उम्र की कामना करते हैं।

सारिणी संख्या 4.10

उत्तरदाताओं का दवा लेने सम्बन्धी विवरण

क्रम	दवा लेने सम्बन्धी विवरण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	जहाँ डाक्टर कहते है	128	32
2	अपनी पहचान की दुकान से	78	19.5
3	किसी भी दुकान से	101	25.25
4	कम्पाउण्डर की सलाह पर	93	23.25
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.10 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि रोगी उत्तरदाता चिकित्सक को दिखाने के बाद दवा कहां से खरीदते हैं। स्रोत के

रूप में हमनें जहां डाक्टर कहते हैं, अपनी पहचान की दुकान से, किसी भी दुकान से, कम्पाउण्डर की सलाह पर आदि को लिया है।

कुल 400 उत्तरदाताओं में से 128 (32 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि वे दवा उसी दुकान से लेते हैं जहां डाक्टर कहते हैं । 78 (19.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि वे दवा अपनी जान पहचान की दुकान से ही खरीदते है। 101 (25.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता यह मानते है कि वे चिकित्सक को दिखाने के बाद किसी भी दुकान से दवा खरीद सकते हैं। इसके लिए वे चिकित्सक की सलाह व जान पहचान को आवश्यक नहीं मानते। 93 (23.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता यह मानते हैं कि अधिकांश दवा की दुकानों से कम्पाउंडर अच्छी तरह से परिचित होते है इसलिए जहां कम्पाउण्डर सलाह देते हैं वे लोग वहीं से दवा खरीदते हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते है कि जहां या जिस दुकान से चिकितसक दवा लेने के लिए कहते हैं ,वे लोग उसी दुकान से दवा खरीदते हैं। इस प्रकार यह कहा जा सकता है कि दवा लेने सम्बन्धी मामले मे रोगी अभी भी बहुत सीमा तक चिकित्सक पर ही निर्भर हैं।

सारिणी संख्या 4.11

चिकित्सक द्वारा प्राइवेट अस्पताल या घर आने को प्रेरित करने सम्बन्धी विवरण

क्रम सं0	प्राइवेट अस्पताल या घर आने को प्रेरित के सम्बंध में विवरण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	हां	195	48.75
2	नहीं	205	51.25
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.11 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि जो रोगी सरकारी अस्पताल में दिखाने जाते हैं तो क्या चिकित्सक उन्हें घर पर आने को या किसी प्राइवेट अस्पताल में जाने को प्रेरित करते हैं। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 195 (48.75 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि सरकारी अस्पताल के चिकितसक सुविधाओं के अभाव का रोना रोकर उन्हें घर में आने को या किसी प्राइवेट अस्पताल मे जाने को प्रेरित करते हैं। ऐसे उत्तरदाताओं में काफी कुछ का कहना है कि जिन प्राइवेट अस्पताल को ये लोग प्रेरित करते हैं, उनमे से अधिकांश में यही चिकित्सक प्रैक्टिस करते हैं। 205 (51.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि न तो चिकित्सक उन्हे घर आने को प्रेरित करते है और न ही किसी प्राइवेट अस्पताल जाने को। वे इस बारे मे चिकित्सक से ज्यादा सलाह भी नहीं करते। घर पर जाना या किसी प्राइवेट अस्पताल में जाना उनकी अपनी मर्जी पर निर्भर करता है।

सारिणी संख्या 4.12

चिकित्सक द्वारा किसी विशेष पैथालाजी की ओर प्रेरित करने के सम्बन्ध में विवरण

क्रम सं0	पैथालॉजी की ओर प्रेरित करने के सम्बन्ध में	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	हां	289	72.25
2	नहीं	111	27.75
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.12 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि जब कोई रोगी किसी सरकारी अस्पताल में इलाज करवाने को जाता है तो जांच इत्यादि के लिए क्या चिकितसक किसी विशेष पैथालाजी की ओर उन्हें प्रेरित करता है। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 289 (72.25 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि जब वे सरकारी अस्पताल जाते हैं तो चिकित्सक उन्हें किसी प्राइवेट पैथालॉजी की ओर प्रेरित करते हैं। यह पैथालाजी अधिकांशतया अस्पताल मे कार्यरत कर्मचारियों की ही होती है जहां से चिकित्सक को बंधा बंधाया कमीशन मिलता है ,ऐसी इन रोगी उत्तरदाताओं की मान्यता है । 111(27.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक उन्हें किसी विशेष पैथालाजी की ओर प्रेरित तो नहीं करते परन्तु इतना अवश्य कहते हैं कि जांच सही जगह से करवाना।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से पता चलता है कि अधिकांश चिकित्सक रोगियों को जांच हेतु किसी विशेष पैथालाजी की ओर प्रेरित करते हैं और इन पैथालाजी से चिकितसक किसी न किसी रूप मे जुड़ा होता है।

सारिणी संख्या 4.13

गुप्त रोगों के सम्बन्ध मे उत्तरदाताओ का चिकित्सक से खुलकर चर्चा करने के सम्बन्ध में विवरण

क्रम सं0	गुप्त रोगों के सम्बन्ध में खुलकर चर्चा का विवरण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	हां	19	19
2	नहीं	68	68
3	मरीजो का न आना	13	13
	योग	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.13 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि रोगी चिकित्सक से गुप्त रोगों के बारे मे खुलकर चर्चा करते हैं या नहीं चूंकि यह एक ऐसा प्रश्न है जिसे रोगी उत्तरदाता खुलकर बताने मे संकोच करता है। इसलिए इस सारिणी में इस प्रश्न के लिए हमने रोगी उत्तरदाताओं को न रखकर चिकित्सक उत्तरदाताओं को रखा है।

कुल 100 चिकित्सक उत्तरदाताओं में से 19 (19 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि गुप्त रोगो के बारे मे रोगी खुलकर चर्चा करते हैं जबकि 68 (68 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाताओं का मानना है कि रोगी गुप्त रोगों के बारे मे खुलकर चर्चा नहीं करते। वे इसे बताने मे एक झेंप सी महसूस करते है। 13 (13 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाता यह मानते है कि गुप्त रोगों वाले मरीज उनके पास आते ही नहीं है।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे चिकित्सक उत्तरदाता सर्वाधिक हैं जो यह मानते है कि गुप्त रोगी रोग के बारे मे खुलकर चर्चा

नहीं करते। इसके लिए हमारा पर्यावरण व पारिवारिक परिवेश भी काफी हद तक उत्तरदायी है। परिवार में भी इन लोगों के बारे मे खुलकर चर्चा नहीं की जाती। स्त्रियों के मामले मे तो स्थिति ओर भी बदतर है।

सारिणी संख्या 4.14

डाक्टर के सम्मुख रोगी की कमजोरियां

क्रम	डाक्टर के समुख रोगी की कमजोरिया	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	भाषा व बोली समझ मे न आना	26	26
2	रोग के लक्षणो के बारे मे अस्पष्टता	42	42
3	मंडली से परिपूर्ण	22	22
4	गम्भीर स्थिति में	10	10
	योग	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.14 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि जब कोई रोगी किसी चिकित्सक के यहां इलाज के लिए जाता है तो चिकित्सक के सम्मुख इलाज के दौरान रोगी की कौन कौन सी कमजोरियॉ उभरकर सामने आती है रोगी की कमजोरियों को हमने भाषा व बोली समझ में न आना रोग के लक्षणों के बारे में अस्पष्टता, गंदगी से परिपूर्ण एवं गंभीर स्थिति में आना आदि में विभक्त किया है।

कुल 100 चिकित्सक उत्तरदाताओं मे से 26 (26 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि रोगी की भाषा व बोली समझ मे न आना उनके सम्मुख एक बड़ी समस्या उत्पन्न करती है जिसके कारण वे रोगी के रोग के बारे मे ठीक से पता नहीं कर पाते। 42 (42 प्रतिशत) चिकित्सकों का कहना है कि रोगी रोग के लक्षणों को ठीक से नहीं

बता पाता जिसके कारण इलाज सही ढंग से नहीं हो पाता। 22 (22प्रतिशत) चिकित्सक यह मानते हैं कि जो रोगी उनके पास आते हैं वे गंदगी से परिपूर्ण होते हैं जिसके कारण उनको देखने का मन नहीं करता। 10 (10 प्रतिशत) चिकित्सक यह मानते हैं कि उनके पास रोगी गंभीर व जर्जर स्थिति मे आते हैं। ऐसी स्थिति मे उनके पास किसी बडे अस्पताल मे भेजने के अलावा कोई दूसरा रास्ता नहीं बचता।

सारिणी संख्या 4.15
उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं दवा लेते समय एक्सपायरी डेट देखने के सम्बन्ध में विवरण

क्रम	एक्पायरी डेट देखने के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण / शिक्षा	हाँ		नहीं		नहीं मालूम		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	प्राथमिक	12	3	12	3	24	6	48	12
2	जू0हाइस्कूल	11	2.75	13	3.25	20	5	44	11
3	हाईस्कूल	38	9.5	13	3.25	9	2.25	60	15
4	इण्टर	47	11.75	6	1.5	2	.50	55	13.75
5	स्नातक	53	13.25	1	.25	2	.50	56	14
6	परास्नातक	73	18.25	3	.75	1	0.25	77	19.25
7	अन्य	58	14.5	1	.25	1	0.25	60	15
	योग	292	73	49	12.25	59	14.75	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.15 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि रोगी उत्तरदाता दवा लेते समय एक्सपायरी डेट का ध्यान रखते हैं अथवा नहीं। उत्तरदाताओं की शैक्षिक योग्यता को हमने प्राथमिक, जू0हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टर, स्नातक, परास्नातक एवं अन्य मे विभक्त किया है। इसी प्रकार एक्सपायरी डेट देखने

के दृष्टिकोण को हमने हां, नहीं एवं नहीं मालूम मे बांटा है।

प्राथमिक शिक्षा स्तर के कुल 48 (12 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता मिले । इन उत्तरदाताओं में से 12 (3 प्रतिशत) का कहना है कि वे दवा खरीदते समय एक्सपायरी डेट देखते हैं जबकि 12 (3 प्रतिशत) का कहना है कि वे दवा खरीदते समय एक्सपायरी डेट नहीं देखते। 24 (6 प्रतिशत) का कहना है कि उन्हे मालूम नहीं है कि एक्सपायरी डेट क्या होती है। जू0हाईस्कूल के कुल 44 (11 प्रतिशत) उत्तरदाता मिले जिसमे 11 (2.75 प्रतिशत) का कहना है कि वे दवा लेते समय एक्सपायरी डेट का ध्यान रखते है जबकि 13 (3.25 प्रतिशत) का कहना है कि वे दवा लेते समय एक्सपायरी डेट जैसी किसी चीज का ध्यान नहीं रखते। इसी शिक्षा स्तर के 20 (5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता ऐसे मिले जिनका कहना है कि उन्हे मालूम ही नहीं है कि एक्सपायरी डेट क्या होती है। हाईस्कूल स्तर के कुल 60 (15 प्रतिशत) उत्तरदाता मिले जिनमें से 38 (9.5 प्रतिशत) का कहना है कि वे एक्सपायरी डेट का ध्यान रखते है जबकि 13 (3.25 प्रतिशत) इस सम्बन्ध में कोई ध्यान नहीं देते हैं और इसी शिक्षा स्तर के 9 (2.25 प्रतिशत) का कहना है कि उनको एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध मे मालूम ही नहीं है। इण्टरमीडिएट स्तर के 55 (13.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता मिले जिनमें 47 (11.75 प्रतिशत) एक्पायरी डेट देखते हैं और 6 (1.5 प्रतिशत) एक्सपायरी डेट नहीं देखते जबकि इसी स्तर के 2 (.50 प्रतिशत) को एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध मे ज्ञान ही नहीं है। स्नातक स्तर के 56 (14 प्रतिशत) उत्तरदाताओं में से 53 (13.25प्रतिशत) एक्सपायरी डेट का ध्यान रखते हैं ओर 1(.25 प्रतिशत) इसी स्तर का ऐसा मिला जो एक्सपायरी डेट का ध्यान नहीं रखता जबकि 2 (.50 प्रतिशत) का कहना है कि उन्हे एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध मे मालूम हीं नहीं है। परास्नातक स्तर के कुल 77 (19.25 प्रतिशत) उत्तरदाताओं मे से 73 (18.25 प्रतिशत) का कहना है कि वे एक्सपायरी डेट का ध्यान रखते हैं जबकि

3 (.75 प्रतिशत) एक्सपायरी डेट का ध्यान नहीं रखते जबकि इसी स्तर के 1(.25 प्रतिशत) का मानना है कि उन्हें एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध मे ज्ञान ही नहीं है। अन्य योग्यता वाले कुल उत्तरदाताओं की संख्या 60 (15 प्रतिशत) रहीं जिसमे 58 (14.5 प्रतिशत) एक्सपायरी डेट का ध्यान रखते हैं और 1 (.25 प्रतिशत) नहीं रखते जबकि इसी स्तर के 1 (.25 प्रतिशत) का कहना है कि उन्हे एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध में ज्ञान नहीं है।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि जो उत्तरदाता जितना अधिक शिक्षित है वह एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध में उतना ही जागरूक है परन्तु इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि ऐसे उत्तरदाताओ की संख्या भी कम नहीं है जिन्हे एक्सपायरी डेट के सम्बन्ध में कुछ ज्ञान ही नहीं है।

सारिणी संख्या 4.16
डाक्टर की शैक्षिक योग्यता एवं रोगी उत्तरदाताओ के प्रति व्यवहार सम्बन्धी विवरण

क्रम	शैक्षिक येग्यता / व्यवहार	एम0डी0		एम0एस0		एमबीबीएस		बी0डी0एस0		बी0ए0एम0एस		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	मृदुभाषी	29	29	12	12	09	09	06	06	02	02	58	58
2	घमंडी	02	02	03	03	03	03	02	02	—	—	10	10
3	चिडचिड़ा	06	06	01	01	01	01	—	—	—	—	08	08
4	लापरवाहीपूर्ण	05	05	05	05	04	04	01	01	01	01	16	16
5	उदासीन	—	—	01	01	01	01	04	04	02	02	08	08
	योग	42	42	22	22	18	18	13	13	05	05	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.16 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि डाक्टर की शैक्षिक योग्यता एवं उसके व्यवहार में क्या सम्बन्ध नजर आता है। इस सारिणी में हम यह बताना आवश्यक समझते हैं कि यह शोधकत्री के दृष्टिकोण पर आधारित है अर्थात उसने जो साक्षात्कार के दौरान या अन्य माध्यमों से चिकित्सक को अवलोकित किया उसी को यहां पर सारणीयन के रूप मे प्रस्तुत कर रही है। चिकित्सक की शैक्षिक योग्यता को एमडी, एमएस, एमबीबीएस, बीडीएस, बीएएमएस, मे विभाजित किया गया है जबकि चिकित्सक के व्यवहार को मृदुभाषी, घमंडी, चिड़चिड़ा, लापरवाहपूर्ण एवं उदासीन में बांटा गया है।

शोधकर्त्री ने यह पाया कि उन्हें 58 (58 प्रतिशत) ऐसे मिले जो रोगियों से मृदुभाषी पूर्ण व्यवहार करते हैं। इनमे 29 (29 प्रतिशत) एम.डी., 12 (12 प्रतिशत) एम. एस. 9 (9प्रतिशत) एम.बी.बी.एस, 6 (6 प्रतिशत) बी.डी.एस. एवं 2 (2 प्रतिशत) बी. ए. एम. एस. योग्यता वाले चिकित्सक मिले। शोधकर्ता को 10 (10 प्रतिशत) चिकित्सक ऐसे मिले जिनका व्यवहार घमण्डी लगा। इनमे 2 (2 प्रतिशत) एम.डी., 3 (3 प्रतिशत) एम.एस., 3 (3 प्रतिशत) एम.बी.बी.एस., एवं 2 (2 प्रतिशत) बी.डी.एस. योग्यता वाले चिकित्सक सम्मिलित हैं। शोधार्थिनी को 8 (8 प्रतिशत) उत्तरदाता ऐसे प्राप्त हुए जिनका व्यवहार चिड़चिड़ा था। इनमें 6 (6 प्रतिशत) एम.डी., 1 (1 प्रतिशत) एम.एस., एवं 1 (1प्रतिशत) एम.बी.बी.एस. योगयता वाले चिकित्सक सम्मिलित है.। शोधार्थिनी को 16 (16 प्रतिशत) चिकित्सक ऐसे नजर आए जो लापरवाह दिखे। इनमें 5 (5 प्रतिशत) एम.डी. 5 (5प्रतशत) एम.एस., 4 (4 प्रतिशत) एम. बी. बी. एस. 1 (1 प्रतिशत) बी.डी.एस. एवं 1 (1 प्रतिशत) बी.ए.एम.एस. चिकित्सक शामिल हैं। 8 (8प्रतिशत) चिकित्सक शोधार्थिनी को ऐसे प्राप्त हुए जो उदासीन थे। इनमे 1 (1प्रतिशत) एम.एस. , 1 (1प्रतिशत) एम.बी.बी.एस., 4 (4प्रतिशत) बी.डी.एस. एवं 2 (2प्रतिशत) बी.ए.एम.एस. चिकित्सक सम्मिलित हैं। उपरोक्त सारिणी से ज्ञात होता है कि ऐसे चिकित्सकों की संख्या सर्वाधिक है जो अपने रोगियो से मृदभाषीपूर्ण व्यवहार करते हैं।

सारिणी संख्या 4.17
चिकित्सक की आयु एवं रोगी से व्यवहार सम्बन्धी विवरण

क्रम	व्यवहार / आयुवर्ग	मृदुभाषी		घमंडी एवं चिडचिडा		रोग निदान मे निपुण		उदासीन		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	25–35	11	11	7	7	09	09	01	01	28	28
2	35–45	9	9	4	4	11	11	01	01	25	25
3	45–55	8	8	3	3	7	7	03	03	21	21
4	55–65	4	4	5	5	14	14	03	03	26	26
	योग	32	32	19	19	41	41	08	08	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 4.17 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि चिकित्सकों की उम्र एवं रोगियों से उनके व्यवहार में क्या सम्बन्ध नजर आता है। यह सारणीयन भी पूर्णतया शोधार्थिनी के दृष्टिकोण पर आधारित है अर्थात शोधार्थिनी ने जो अवलोकित किया उसी को यहां पर सारणीयन के माध्यम से प्रस्तुत कर रही है।

चिकित्सको कें व्यवहार को हमने मृदुभाषी, घमंड एवं चिडचिड़ा रोग के निदान में निपुण एवं उदासीन में विभक्त किया है जबकि चिकित्सकों को हमने 25–35, 35–45, 45–55, एवं 55–65 मे विभक्त किया है।

25–35 आयु वर्ग के 28 (28 प्रतिशत) चिकित्सक प्राप्त हुए जिनमें 11 (11प्रतिशत) मृदुभाषी, 7 (7प्रतिशत) घमण्डी एवं चिड़चिड़े 9 (9 प्रतिशत) रोग के निदान मे दक्ष एवं 1 (1प्रतिशत) उदासीन नजर आए। 35–45 आयवर्ग के 25 (25 प्रतिशत) चिकित्सक मिले जिनमें 9 (9 प्रतिशत) मृदुभाषी, 4 (4 प्रतिशत) घमंडी एवं चिडचिडे, 11 (11प्रतिशत) रोग के निदान मे निपुण एवं 1 (1 प्रतिशत) उदासीन दिखे। 45–55 आयुवर्ग के 21 (21 प्रतिशत) चिकित्सक ऐसे प्राप्त हुए जिनमें 8 (8 प्रतिशत) मृदुभाषी, 3 (3 प्रतिशत) घमंडी एवं चिडचिडे, 7 (7 प्रतिशत) रोग के निदान मे निपुण एवं 3 (3 प्रतिशत) उदासीन नजर आए। 55–65 आयुवर्ग के 26 चिकित्सक मिले जिनमे 4 (4 प्रतिशत) मृदुभाषी 5 (5 प्रतिशत) घमंडी एवं चिडचिडे 14 (14 प्रतिशत) रोग निदान मे निपुण एवं 3 (3 प्रतिशत) उदासीन दिखे।

उपरोक्त सारणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे चिकित्सक सर्वाधिक हैं जो रोग के निदान मे निपुण हैं। इस सारणी से यह भी ज्ञात होता है कि मृदुभाषी व्यवहार करने वालों की संख्या भी काफी है।

अध्याय पंचम

चिकित्सक एवं रोगियों के परस्पर दृष्टिकोणों का विश्लेषण

अध्याय पंचम –

चिकित्सा एवं रोगियों के परस्पर दृष्टिकोणों का विश्लेषण –

प्रस्तुत अध्याय में हमने चिकित्सक एवं रोगियों के परस्पर दृष्टिकोणों का विश्लेषण प्रस्तुत किया है। रोगियों एवं चिकित्सकों के दृष्टिकोण को हमने सारणीयन एवं विश्लेषण के माध्यम से स्पष्ट किया है। इसके साथ ही रोगियों एवं चिकित्सकों के विभिन्न पहलुओं से सम्बन्धित एक दूसरे के दृष्टिकोण को जानने का भी प्रयास किया है। इस अध्याय में हमने निम्न बिन्दुओं पर चर्चा की है –

- उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं स्वयं के इलाज के दवाओं के चयन के सम्बन्ध में दृष्टिकोण ।
- उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की जाति एवं रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं मौसमी बीमारी के उपचार के सम्बन्ध में दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं अस्पताल से मिलने वाली दवा के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं चिकित्सक के न मिलने के सम्बन्ध में दृष्टिकोण
- सरकारी चिकित्सा व्यवस्था एवं रोगियों के असन्तुष्टि का विवरण
- रोगी के ठीक होने की स्थिति एवं डाक्टर के बारे में दृष्टिकोण
- रोगी के ठीक न होने की स्थिति एवं डाक्टर के बारे में दृष्टिकोण
- डाक्टर के दृष्टिकोण में रोग ठीक न होने के कारण
- चिकित्सक द्वारा लिखी गयी दवा क्रम सम्बन्धी दृष्टिकोण
- चिकित्सालय स्टाफकर्मियों के व्यवहार के सम्बन्धों में रोगियों का दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं चिकित्सक से परिवार नियोजन सम्बन्धी परामर्श

- विभिन्न प्रकार की संक्रामक बीमारियां और उनके प्रति चिकित्सक का व्यवहार
- उत्तरदाताओं की संख्या एवं सरकारी चिकित्सक के पास जाने सम्बन्धी दृष्टिकोण
- चिकित्सकों के दृष्टिकोण में मरीजों की पारिवारिक स्थिति
- मौसम और उत्तरदाताओं के बीमार पडने सम्बन्धी दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं का महिला मरीज को दिखाने सम्बन्धी दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की संख्या एवं चिकित्सालय से घर की दूरी सम्बन्धी दृष्टिकोण
- उत्तरदाताओं की संख्या एवं चिकित्सक के पास आने के लिए अपनाए गए साधन सम्बन्धी दृष्टिकोण
- विभिन्न मौसमों मे होने वाली बीमारियों के सम्बन्ध में रोगी के दृष्टिकोण

सारणी संख्या 5.1

उत्तरदाताओ की शिक्षा एवं स्वयं के इलाज के दवाओ के चयन के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण

क्रम सं0	शिक्षा / दवाओं में चयन के आधार	प्राथमिक		जू0हाईस्कूल		हाईस्कूल		इण्टर		स्नातक		परास्नातक		अन्य		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	अनुभव के आधार पर	2	0.5	4	1	6	1.5	8	2	28	7	36	9	4	1	88	22
02	दूसरों के कहने पर	68	17	20	5	16	4	28	7	8	2	3	0.75	2	0.5	145	36.25
03	विज्ञापन के आधार पर	16	4	23	5.75	38	9.5	31	7.75	28	7	22	5.5	9	2.25	167	41.75
	योग	86	21.5	47	11.75	60	15	67	16.75	64	16	61	15.25	15	3.75	400	100

प्रस्तुत सारणी संख्या 5.1 के माध्यम से उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं स्वयं के इलाज के दवाओं के चयन के सम्बन्ध में उनके दृष्टिकोण को जानने का प्रयास किया गया है । रोगी उत्तरदाताओं की शिक्षा को प्राथमिक, जू0हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट, स्नातक, परास्नातक एवं अन्य मे विभक्त किया गया है। इसी प्रकार दवाओं के चयन के आधार के रूप मे अनुभव के आधार पर, दूसरों के कहने पर एवं विज्ञापन के आधार पर विभक्त किया गया है।

अनुभव के आधार पर जो रोगी उत्तरदाता दवाओं का चयन करते हैं उनकी संख्या 88 (22 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। इन उत्तरदाताओं मे प्राथमिक स्तर के 2 (.5 प्रतिशत), जू0 हाईस्कूल स्तर के 4 (1प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 6 (1.5 प्रतिशत), इण्टर मीडिएट स्तर के 8 (2 प्रतिशत), स्नातक स्तर के 28 (7 प्रतिशत), परास्नातक स्तर के 36 (9 प्रतिशत) एवं अन्य योगयता वाले 4 (1 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता सम्मिलित हैं। कुल 400 उत्तरदाताओं में से 145 (36.25प्रतिशत) का कहना है कि वे दूसरों के कहने पर दवाओं का चयन करते हैं। इन उत्तरदाताओं में 68 (17प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 20 (5 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल के, 16(4 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 28 (7 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के , 8 (2प्रतिशत) स्नातक स्तर के , 3 (.75प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 2 (.5प्रतिशत) अन्य योग्यता वाले रोगी उत्तरदाता शामिल हैं। कुल 167(41.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना ह कि वे टी0वी0, रेडियो, अखबार आदि में दिए गए विज्ञापनों के आधार पर दवाओं का चयन करते हैं। इसमें 16 (4 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 23 (5.75 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 38 (9.5 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के , 31 (7.75 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 28 (7 प्रतिशत) स्नातक स्तर के , 22 (5.5 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 9 (2.25 प्रतिशत) अन्य योगयता वाले उत्तरदाता शामिल हैं।

इस सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या

सर्वाधिक है जो विज्ञापन के आधार पर दवाओं का चयन करते हैं। इसके बाद ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो दूसरों के कहने पर दवाओं का चयन करते है। शैक्षिक दृष्टि से देखने पर ज्ञात होता है कि प्राथमिक शिक्षा वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है। इसके बाद इण्टरमीडिएट वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है।

सारणी संख्या 5.2
उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण

क्रम सं0	शिक्षा / उपचार सम्बन्धी दृष्टिकोण	प्राथमिक		जू0हाईस्कूल		हाईस्कूल		इण्टर		स्नातक		परास्नातक		अन्य		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	सरकारी अस्पताल	52	13	44	11	44	11	24	6	8	2	4	1	12	3	188	47
02	प्राइवेट अस्पताल	4	1	5	1.25	13	3.25	12	3	21	5.25	36	9	33	8.25	124	31
03	स्थानीय अस्पताल	33	8.25	21	5.25	17	4.25	6	1.5	3	0.75	5	1.25	3	0.75	88	22
	योग	89	22.25	70	17.5	74	18.5	42	10.5	32	8	45	11.25	48	12	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.2 के माध्यम से रोगी उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण का जानने का प्रयास किया गया है। उत्तरदाताओं की शिक्षा को प्राथमिक, जू0हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट, स्नातक, परास्नातक एवं अन्य मे विभक्त किया गया है। इसके अतिरिक्त चिकित्सालयों को सरकारी अस्पताल, प्राइवेट अस्पताल एवं स्थानीय अस्पताल मे बांटा गया है।

188(47 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि जब वे बीमार पड़ते है या रोग गंभीर होता है तो वे सरकारी अस्पताल जाते हैं ऐसे उत्तरदाताओं में प्राथमिक स्तर के 52 (13 प्रतिशत), जू0हाईस्कूल स्तर के 44 (11 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 44 (11 प्रतिशत), इण्टरमीडिएट स्तर के 24 (6 प्रतिशत), स्नातक स्तर के 8 (2 प्रतिशत), परास्नातक स्तर के 4 (1 प्रतिशत) एवं अन्य योग्यता स्तर के 12 (3 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता शामिल हैं।

बहुत सारे उत्तरदाता ऐसे हैं जो बीमार होने पर सबसे पहले प्राइवेट अस्पताल जाते हैं। इन अस्पतालों में झोलाछाप डाक्टरों के अस्पताल भी हैं। ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या 124 (31 प्रतिशत) प्राप्त हुई। इसमें 4 (1प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 5 (1.25प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 13 (3.25 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के , 12 (3 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 21 (5.25 प्रतिशत) स्नातक स्तर के , 36 (9 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 33 (8.25 प्रतिशत) अन्य योग्यताधारी उत्तरदाता शामिल हैं।

88 (22 प्रतिशत) उत्तरदाता ऐसे मिले जो बीमार होने पर सबसे पहले स्थानीय अस्पताल मे जाते हैं । स्थानीय अस्पताल का तात्पर्य यहां पर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र से है। ऐसे उत्तरदाताओं में से 33 (8.25 प्रतिशत) प्राथमिक योग्यता वाले, 21 (5.25 प्रतिशत) जू0 हाईस्कूल की योग्यता वाले , 17 (4.25 प्रतिशत) हाईस्कूल की योग्यता वाले, 6 (1.5 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट की योगयता वाले, 3 (.75 प्रतिशत) स्नातक योग्यता वाले 5 (1.25 प्रतिशत) परास्नातक योग्यता वाले एवं 3

(.75 प्रतिशत) अन्य योगयता वाले उत्तरदाता शामिल हैं।

इस सारणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि सरकारी चिकित्सालयों मे जाने वाले रोगियों की संख्या सर्वाधिक है। इसके पश्चात प्राइवेट अस्पतालों मे लोग जाते हैं।

सारिणी संख्या 5.3

उत्तरदाताओं की जाति एवं रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण

क्रम सं0	दृष्टिकोण / जाति	सरकारी अस्पताल		प्राइवेट अस्पताल		स्थानीय अस्पताल		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	सामान्य	28	07	52	13	32	08	112	28
02	पिछडी जाति	52	13	10	2.5	60	15	122	30.5
03	अनु0 जाति	76	19	10	2.5	72	18	158	39.5
04	अन्य	04	01	01	0.25	03	0.75	08	02
	योग	160	40	73	18.25	167	41.75	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.3 के माध्यम से उत्तरदाताओं की जाति एवं रोग निदान की गंभीरता के प्रति उनके दृष्टिकोणों को जानने का प्रयास किया गया है। उत्तरदाताओं की जाति को सामान्य, पिछडी जाति, अनुसूचित जाति एवं अन्य मे विभक्त किया गया है। इस प्रकार चिकित्सालयों को सरकारी अस्पताल, प्राइवेट अस्पताल एवं स्थानीय अस्पताल मे विभक्त किया गया हैं । कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से सामान्य जाति के 112 (28 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता मिले। इनमें 28 (7 प्रतिशत) का कहना है कि जब वे गंभीर रूप से बीमार पडते हैं तो सरकारी अस्पताल जाते हैं एवं 52 (13 प्रतिशत) का कहना है गंभीर बीमार होने पर वे

प्राईवेट अस्पताल जाते हैं जबकि 32 (8 प्रतिशत) का कहना है कि गंभीर बीमार होने पर वे स्थानीय अस्पताल का सहारा लेते हैं। पिछडी जाति के कुल 122 (30.5प्रतिशत) उत्तरदाता मिले। इनमें 52 (13 प्रतिशत) गंभीर बीमार होने पर सरकारी अस्पताल मे 10 (2.5 प्रतिशत) प्राइवेट अस्पताल मे एवं 60 (15 प्रतिशत) स्थानीय अस्पताल मे जाते हैं। अनुसूचित जाति के कुल रोगी उत्तरदाताओं की संख्या 158 प्राप्त हुयी। इसमें 76 (19 प्रतिशत) का कहना है कि गंभीर बीमारी पर वे सरकारी अस्पताल जाते हैं एवं मात्र 10 (2.5 प्रतिशत) ही प्राइवेट अस्पताल जाते हैं जबकि 72 (18 प्रतिशत) का कहना है कि वे गंभीर रूप से बीमार होने पर स्थानीय अस्पताल ही जाते हैं अन्य जातियों की कुल 8 (2प्रतिशत) प्राप्त हुयी जिसमें 4 (1प्रतिशत) सरकारी अस्पताल, 1 (.25प्रतिशत) प्राइवेट अस्पताल एवं 3 (.75प्रतिशत) स्थानीय अस्पताल जाते हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि स्थानीय अस्पताल मे जाने वाले रोगियों की संख्या सर्वाधिक है। स्थानीय अस्पताल का तात्पर्य प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों से है जिसे हमने पहले ही स्पष्ट कर दिया है। स्थानीय अस्पताल के बाद सरकारी अस्पताल मे लोग सर्वाधिक जाते हैं। रोगियों की संख्या की दृष्टि पर नजर डालें तो अनुसूचित जाति के लोगों की संख्या सबसे ज्यादा उभरकर सामने आती है। इसका कारण यह भी है कि ये अपनी आर्थिक स्थिति के कारण प्राइवेट अस्पताल नहीं जा पाते।

सारणी संख्या 5.4
उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं मौसमी बीमारी के उपचार के सम्बन्ध में दृष्टिकोण

क्रम	शिक्षा	प्राथमिक		जू0हाईस्कूल		हाईस्कूल		इण्टर		स्नातक		परास्नातक		अन्य		योग	
सं0	उपचार	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	घरेलू औषधि के द्वारा	9	2.25	7	1.75	11	2.75	6	1.5	1	.25	1	.25	1	.25	36	9
01	दूसरो की सलाह द्वारा	21	5.25	18	4.5	11	2.75	6	1.5	5	1.25	1	.25	2	.5	64	16
02	मेडिकल स्टोर से	19	4.75	36	9	23	5.75	36	9	43	10.75	13	3.25	2	.5	172	43
03	चिकित्सक की सलाह पर	11	2.75	13	3.25	14	3.5	24	6	28	7	36	9	2	.5	128	32
	योग	60	15	74	18.5	59	14.75	72	18	77	19.25	51	12.75	7	1.75	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.4 के माध्यम से उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं मौसमी बीमारी के उपचार के सम्बन्ध में उनके दृष्टिकोण को जानने का प्रयास किया गया है। मौसमी बीमारी के उपचार के अन्तर्गत हमने घरेलू औषधि, दूसरों की सलाह, मेडिकल स्टोर्स एवं चिकित्सक की सलाह को केन्द्र मे रखा है। शिक्षा को हमने प्राथमिक, जू0 हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट, स्नातक, परास्नातक, एवं अन्य में विभक्त किया है।

कुल 400 उत्तरदाताओं में से जो लोग घरेलू औषधि के द्वारा मौसमी बीमारियों का इलाज करते हैं उनकी संख्या 36 (9 प्रतिशत) प्राप्त हुयी जिनमें प्राथमिक स्तर के 9 (2.25 प्रतिशत), जू0हाईस्कूल स्तर के 7 (1.75 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 11 (2. 75 प्रतिशत), इण्टरमीडिएट स्तर के 6 (1.5 प्रतिशत), स्नातक स्तर के 1 (.25 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के 1 (.25 प्रतिशत) एवं अन्य योग्यता वाले 1 (.25प्रतिशत) उत्तरदाता सम्मिलित हैं। जो लोग दूसरों की सलाह पर दवा लेकर मौसमी बीमारियों का उपचार करते हैं उनकी संख्या 64 (16 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। ऐसे उत्तरदाताओं में से 21 (5.25 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर वाले, 18 (4.5 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर वाले, 11 (2.75 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर वाले, 6 (1.5 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर वाले, 5 (1.25 प्रतिशत) स्नातक स्तर वाले, 1 (.25 प्रतिशत) परास्नातक स्तर वाले एवं 2 (.5 प्रतिशत) अन्य योग्यता वाले उत्तरदाता शामिल हैं। मेडिकल स्टोर्स से जो लोग दवा लेकर मौसमी बीमारियों का इलाज करते हैं ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या 172 (43 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। इसमें 19 (4.75 प्रतिशत) प्राथमिक शिक्षा वाले, 36 (9 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल शिक्षा वाले, 23 (5.75प्रतिशत) हाईस्कूल शिक्षा वाले, 36 (9 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट शिक्षा वाले, 43 (10.75 प्रतिशत) स्नातक शिक्षा वाले, 13 (3.25 प्रतिशत) परास्नातक शिक्षा वाले एवं 2 (.5 प्रतिशत) अन्य शिक्षा वाले रोगी उत्तरदाता सम्मिलित हैं। चिकित्सक की सलाह पर जो लोग मौसमी बीमारी का इलाज करते हैं ऐसे उत्तरदाताओं

की संख्या 128 (32 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। इसमें 11 (2.75 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 13 (3.25 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 14 (3.5 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 24 (6 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 28 (7प्रतिशत) स्नातक स्तर के, 36 (9प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 2 (.5 प्रतिशत) अन्य स्तर के उत्तरदाता शामिल हैं।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से पता चलता है कि जो लोग मेडिकल स्टोर्स या दवाखाने से दवा लेकर मौसमी बीमारी का उपचार करते हैं उनकी संख्या सर्वाधिक है। इसके बाद ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो चिकित्सक की सलाह पर मौसमी बीमारियों का उपचार करते हैं। शैक्षिक दृष्टि से ज्ञात करने पर स्नातक उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है। इसके बाद जूनियर हाईस्कूल वाले उत्तरदाताओं का स्थान है।

सारणी संख्या 5.5

उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं अस्पताल से मिलने वाली दवा के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण

क्रम	शिक्षा	प्राथमिक		जू0हाईस्कूल		हाईस्कूल		इण्टर		स्नातक		परास्नातक		अन्य		योग	
सं0	दवा के सम्बन्ध मे विवरण	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	समझ से परे	33	8.25	28	7	25	6.25	17	4.25	11	2.75	9	2.25	1	0.25	124	31
02	दवा की विश्व सनीयता के प्रति सन्देह	31	7.75	43	10.75	28	7	27	6.75	23	5.75	18	4.5	2	0.5	172	43
03	बाहरी दवाओ के प्रति रूझान	27	6.75	13	3.25	9	2.25	11	2.75	9	2.25	8	2	7	1.75	84	21
04	अन्य कारण	6	1.5	3	.75	5	1.25	2	0.5	1	0.25	2	.5	1	0.25	20	5
	योग	97	24.25	87	21.75	67	16.75	57	14.25	44	11	37	9.25	11	2.75	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.5 के माध्यम से उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं अस्पताल से मिलने वाली दवा के सम्बन्ध में रोगियों के दृष्टिकोण को जानने का प्रयास किया गया है। शिक्षा को प्राथमिक, जू0हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट स्नातक, परास्नातक एवं अन्य मे विभक्त किया गया है। दवा के सम्बन्ध में विवरण को समझ से परे, दवा की विश्वसनीयता के प्रति सन्देह, बाहरी दवाओं के प्रति रुझान एवं अन्य कारण मे विभक्त किया गया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 124 (31 प्रतिशत) का कहना है कि अस्पताल से जो दवा मिलती है वो उनके समझ से परे होती है । इन 124 (31 प्रतिशत) उत्तरदाताओं में 33 (8.25 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के , 28 (7प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 25 (6.25प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 17 (4.25 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 11 (2.75 प्रतिशत) स्नातक स्तर के, 9 (2.25 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 1 (.25 प्रतिशत) अन्य योग्यता के रोगी उत्तरदाता सम्मिलित हैं। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 172 (43 प्रतिशत) का कहना है कि सरकारी अस्पताल से जो दवा मिलती है उनकी विश्वसनीयता के प्रति उन्हे सन्देह रहता है। इन 172 (43प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं में से 31 (7.75 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 43 (10.75 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 28 (7 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 27 (6.75 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 23 (5.75प्रतिशत) स्नातक स्तर के, 18 (4.5 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 2 (.5 प्रतिशत) अन्य योग्यताधारी रोगी उत्तरदाता शामिल है। कुल 84 (21 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि बाहरी दुकानों में अच्छी दवा मिल जाती है इसलिए उन्हें सरकारी दवा के प्रति कोई विशेष लगाव नहीं रहता। इन उत्तरदाताओं में प्राथमिक शिक्षा प्राप्त रोगियों की संख्या 27 (6.75 प्रतिशत), जू0हाईस्कूल स्तर के 13 (3. 25प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 9 (2.25 प्रतिशत), इण्टरमीडिएट स्तर के 11 (2.75 प्रतिशत), स्नातक स्तर के 9 (2.25 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के 8 (2प्रतिशत) एवं अन्य

योगयता वाले 7 (1.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता शामिल हैं। कुल 20 (5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता अन्य अनेक कारणों से अस्पताल से दवा लेना पसंद नहीं करते। इन उत्तरदाताओं में प्राथमिक स्तर के 6 (1.5 प्रतिशत), जू0हाईस्कूल स्तर के 3 (.75 प्रतिशत), हाईस्कूल स्तर के 5 (1.25 प्रतिशत), इण्टरमीडिएट स्तर के 2 (.5प्रतिशत) स्नातक स्तर के 1 (.25प्रतिशत) परास्नातक स्तर के 2 (.5 प्रतिशत) एवं अन्य योग्यता वाले 1 (.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता शामिल हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो दवा की विश्वसनीयता के प्रति संदेह व्यत करते हैं इसके अतिरिक्त इस सारणी से यह भी पता चलता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या भी कम नहीं है जो यह कहते है कि अस्पताल से जो दवा मिलती है वे उनके समझ से परे है। शैक्षिक दृष्टि से नजर डाले तो प्राथमिक स्तर के उत्तरदाता सर्वाधिक हैं । इसके बाद जू0 हाई स्कूल वाले रोगी उत्तरदाताओं की संख्या है।

सारणी संख्या 5.6

उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं चिकित्सक के न मिलने के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण

क्रम	शिक्षा	प्राथमिक		जू0हाईस्कूल		हाईस्कूल		इण्टर		स्नातक		परास्नातक		अन्य		योग	
स0	चिकित्सक के न मिलने के कारण	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	प्राइवेट प्रैक्टिस	12	3	23	5.75	28	7	32	8	36	9	34	8.5	3	.75	168	42
01	पद के प्रति लापरवाही	2	0.5	5	1.25	6	1.5	9	2.25	17	4.25	16	4	2	.5	57	14.25
03	डाक्टरो की कमी	3	.75	7	1.75	3	.75	18	4.5	21	5.25	27	6.75	3	.75	82	20.5
04	अतिरिक्त भार	1	.25	4	1	6	1.5	11	2.75	23	5.75	27	6.75	4	1	76	19
05	नहीं मालूम	10	2.5	2	.5	3	.75	2	.5	—	—	—	—	—	—	17	4.25
	योग	28	7	41	10.25	46	11.5	72	18	97	24.25	104	26	12	3	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.6 में उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं अस्पताल मे चिकित्सक के न मिलने के कारणो को प्रस्तुत करने का प्रयास किया गया है। चिकित्सक के न मिलने के कारणों में हमने प्राइवेट प्रैक्टिस, पद के प्रति लापरवाही, डाक्टरों की कमी, अतिरिक्त भार एवं नहीं मालूम को केन्द्र मे रखा है जबकि उत्तरदाताओं की शिक्षा को हमने प्राथमिक जू0हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट स्नातक, परास्नातक एवं अन्य मे विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में 168 (42 प्रतिशत) का कहना है कि चिकित्सक अपनी प्राइवेट प्रैक्टिस के कारण इतना व्यस्त रहते हैं कि वे सरकारी चिकित्सालयों मे रोगियों को समय से नहीं मिल पाते। ऐसे उत्तरदाताओं में से 12 (3 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 23 (5.75 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 28 (7 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 32 (8 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 36 (9 प्रतिशत) स्नातक स्तर के, 34 (8.5 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 3 (.75 प्रतिशत) अन्य योग्यता वाले उत्तरदाता सम्मिलित हैं । 57 (14.25 प्रतिशत) उत्तरदाताओ का कहना है कि सरकारी चिकित्सक अपने पद एवं कार्य के प्रति इतने लापरवाह होते हैं कि वे अक्सर अस्पताल मे समय से नहीं मिलते। ऐसे उत्तरदाताओं मे 2 (.5 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 5 (1.25 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 6 (1.5 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 9 (2.25प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 17 (4.25 प्रतिशत) स्नातक स्तर के, 16 (4 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 2 (.5 प्रतिशत) अन्य योग्यता वाले रोगी उत्तरदाता शामिल हैं। कुल 400 उत्तरदाताओं में से 82 (20.5 प्रतिशत) का कहना है कि डाक्टरों कमी के कारण प्रत्येक डाक्टर अपने कक्ष मे समय से नहीं मिलता। ऐसे उत्तरदाताओं मे 3 (.75 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के, 7 (1.75 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल के, 3 (.75 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के, 18 (4.5 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के, 21 (5.25 प्रतिशत) स्नातक स्तर के, 27 (6.75 प्रतिशत) परास्नातक स्तर के एवं 3 (.75 प्रतिशत) अन्य योग्यताधारी उत्तरदाता

सम्मिलित हैं । 76 (19 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक के पास इतना अतिरिक्त भार होता है कि वे समय से अस्पताल नहीं पहुंच पाते। इन उत्तरदाताओ मे 1 (.25 प्रतिशत) प्राथमिक शिक्षा वाले, 4 (1 प्रतिशत) जू0 हाईस्कूल शिक्षा वाले, 6 (1.5 प्रतिशत) हाईस्कूल शिक्षा वाले, 11 (2.75 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट शिक्षा वाले, 23 (5.75 प्रतिशत) स्नातक शिक्षा वाले, 27 (6.75प्रतिशत) परास्नातक शिक्षा वाले एवं 4 (1 प्रतिशत) अन्य शिक्षा वाले उत्तरदाता शामिल हैं। 17 (4.25 प्रतिशत) उत्तरदाता ऐसे मिले जिनका कहना है कि उन्हें नहीं मालूम कि चिकित्सक क्यों नहीं मिलते। ऐसे उत्तरदाताओं में से 10 (2.5 प्रतिशत) प्राथमिक स्तर के 2 (.5 प्रतिशत) जू0हाईस्कूल स्तर के, 3 (.75 प्रतिशत) हाईस्कूल स्तर के एवं 2 (.5 प्रतिशत) इण्टरमीडिएट स्तर के उत्तरदाता शामिल हैं।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि चिकित्सक अपनी प्राइवेट प्रैक्टिस के कारण अस्पताल मे समय से नहीं मिलते।

सारिणी संख्या 5.7

सरकारी चिकित्सा व्यवस्था एवं रोगियो की असंतुष्टि का निवारण

क्रम सं0	असंतुष्टि का कारण	रोगियों की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	चिकित्सक का न मिलना	192	48
2	चिकित्सक का रूखा व्यवहार	77	19.25
3	चिकित्सक का जातिगत व्यवहार	42	10.50
4	अनावश्यक औपचारिकता	89	22.25
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.7 में सरकारी चिकित्सा व्यवस्था मे रोगियों की असंतुष्टि के कारणों को जानने का प्रयास किया गया है। असंतुष्टि के कारणों मे चिकित्सक का न मिलना, चिकित्सक का रूठा व्यवहार, चिकित्सक का जातिगत व्यवहार एवं अनावश्यक औपचारिकताएं आदि को रखा गया है।

कुल 400 उत्तरदाताओं मे से 192 (48 प्रतिशत) का कहना है कि अस्पताल आने पर उनका असंतोष तब बढ जाता है जब चिकित्सक नहीं मिलता। 77 (19.25 प्रतिशत) का कहना है कि उनके असंतोष का प्रमुख कारण चिकित्सकों का रूठा व्यवहार है। 42 (10.50 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता कहते हैं कि चिकित्सक का जातिगत व्यवहार उनके असंतोष का प्रमुख कारण है। 89 (22.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि अस्पताल मे अनावश्यक लिखा पढी, जरूरत से ज्यादा जांचे आदि सरकारी व्यवस्था के प्रति असंतोष को जन्म देती हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि सबसे ज्यादा

रोगी चिकित्सक के न मिलने के कारण असंतोष से ग्रसित हो जाते हैं। रोगी दूर दराज से सरकारी अस्पताल आता है और जब चिकित्सक नहीं मिलता तो वह पुनः घर लौट जाता है क्योंकि उनके पास इतना पैसा नहीं होता कि वे अपना इलाज प्राइवेट अस्पताल मे करा सके। दूसरे नम्बर पर ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या है जो अस्पताल एवं चिकित्सकों की अनावश्यक औपचारिकताओं से परेशान होकर असंतोष से ग्रसित हो जाते हैं। कई बार चिकित्सक इतनी जांचे लिख देता है जो रोगी करा पाने मे असमर्थ होता है। दूसरी तरफ अस्पताल में उपलब्ध सुविधाओं के लिए भी उन्हें कई औपचारिकताएं पूर्ण करनी पड़ती हैं जो उनके लिए बोझ की भांति हैं। ये सब कारण उनमें सरकारी चिकित्सा व्यवस्था के प्रति असंतोष को जन्म देते हैं।

सारिणी संख्या 5.8

रोगी के ठीक होने की स्थिति एवं डाक्टर के बारे मे दृष्टिकोण

क्रम सं0	रोगी के ठीक होने की स्थिति एवं डाक्टर के बारे मे दृष्टिकोण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	डाक्टर बहुत योग्य है	84	21
2	डाक्टर आपके लिए भाग्यशाली है	59	14.75
3	संयोगवश हो सकता है	13	3.25
4	भविष्य मे इसी के पास आने की आकांक्षा	143	35.75
5	पारिवारिक चिकितसक बनाने की आकांक्षा	101	25.25
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.8 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि यदि कोई रोगी उपचार के दौरान एक बार मे ही ठीक हो जाता तो डाक्टर के बारे मे उसका क्या दृष्टिकोण रहता है। रोगी के दृष्टिकोण को हमने डाक्टर बहुत योग्य

है, डाक्टर आपके लिए भाग्यशाली है, संयोगवश हो सकता है, भविष्य मे इसी के पास आने की आकांक्षा एवं पारिवारिक चिकित्सक बनाने की आकांक्षा आदि मे वर्गीकृत किया गया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे 84 (21 प्रतिशत) का कहना है कि यदि वे किसी डाक्टर के पास जाते हैं और एक बार में ही ठीक हो जाते हैं तो वे (रोगी) मानते हैं कि डाक्टर बहुत योग्य है। 59 (14.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता यह मानते हैं कि यदि वे डाक्टर द्वारा दिए गए निर्देशों एवं दवाओं के आधार पर एक बार मे ही ठीक हो जाते हैं तो उनके अनुसार डाक्टर उनके लिए बहुत भाग्यशाली है। 13 (3. 25 प्रतिशत) यह मानते है कि यदि डाक्टर के पास जाने पर एक ही बार मे ठीक हो जाते है तो मात्र यह एक संयोग ही है। इसमे वे किसी नवीनता को नहीं स्वीकारते। कुल 400 उत्तरदाताओं में से 143 (35.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि वे डाक्टर के मार्गदर्शन व लिखी गयी दवाओं के द्वारा एक ही बार मे ठीक हो जाते हैं तो अगली बार इसी डाक्टर के पास उनकी आकांक्षा बनी रहती है। कुल 101 (25.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि वे डाक्टर द्वारा दी गयी सलाह एवं दवा के आधार पर एक ही बार मे ठीक हो जाते हैं तो उन्हें यह लगता है कि उस डाक्टर के घरेलू डाक्टर बना लेना चाहिए।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि सर्वाधिक ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या है जो यह मानते हैं कि जो डाक्टर रोग ठीक कर देता है तो भविष्य में भी इसी के पास जाने का मन करता है।

सारिणी संख्या 5.9

रोगी के ठीक न होने की स्थिति एवं डाक्टर के बारे मे दृष्टिकोण

क्रम सं0	दृष्टिकोण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	डाक्टर अयोग्य है	98	24.5
2	डाक्टर का लापरवाह होना	180	45
3	घर पर आने के लिए प्रेरित करना	78	19.5
4	डाक्टर का छुआछूत सम्बन्धी व्यवहार	44	11
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.9 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि यदि रोगी ठीक नहीं होता तो उसका डाक्टर के प्रति क्या दृष्टिकोण रहता है। रोगियों के दृष्टिकोण को हमने डाक्टर अयोग्य है, डाक्टर का लापरवाह होना, घर पर आने को प्रेरित करना एवं डाक्टर का छुआछूत सम्बन्धी व्यवहार आदि मे विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 98 (24.5 प्रतिशत) का कहना है कि यदि वे सम्बन्धित डाक्टर के पास जाते हैं और ठीक नहीं होते तो वे ये मान लेते हैं कि डाक्टर अयोग्य है। 180 (45 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि वे ठीक नहीं होते तो इसमे डाक्टर की लापरवाही है जिसके कारण वह मरीज को ठीक से नहीं देखता। 78 (19.5 प्रतिशत) रोगियों का यह कहना है कि यदि वे ठीक नहीं होते तो इसमें डाक्टर का सरकारी अस्पताल में अच्छी तरह से रोगी का न देख पाना है क्योकि वह यह चाहता है कि मरीज उसके घर आए ताकि उसकी निजी प्रैक्टिस चल सके। 44 (11 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता यह मानते हैं कि डाक्टर कुछ बीमारियों (टी0बी0, कुष्ठ इत्यादि) को छुआछूत के कारण रोगी को अच्छी तरह से नहीं देख पाते ओर इस कारण रोग ठीक नहीं हो पातां ।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से पता चलता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते है कि यदि रोगी ठीक नहीं होता तो इसमें डाक्टर की ही लापरवाही है।

सारिणी संख्या 5.10

डाक्टर के दृष्टिकोण मे रोग ठीक न होने के कारण

क्रम सं0	रोग ठीक न होने के कारण	डाक्टरों की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	परहेज न करना	18	18
2	दवा समय से न लेना	23	23
3	उल्टा सीधा दवा खाना	13	13
4	समयानुसार अस्पताल न आना	29	29
5	इलाज पूरा न करना या इलाज आधे पर ही छोड़ देना	17	17
	योग	100	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.10 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि चिकित्सक के दृष्टिकोण से रोग न ठीक होने के कौन – कौन से कारण हो सकते हैं। रोग ठीक न होने के कारणों में हमने परहेज न करना, दवा समय से न लेना, उल्टा सीधा दवा खाना, समयानुसार अस्पताल न आना एवं इलाज पूरा न करना या इलाज बीच में ही छोड़ देना आदि को सम्मिलित किया है।

कुल 100 चिकित्सक उत्तरदाताओं में से 18(18 प्रतिशत) का कहना है कि रोगी बताए गए परामर्श के अनुसार परहेज नहीं करता, इसलिए रोग ठीक नहीं होता। 23 (23 प्रतिशत) चिकित्सक उत्तरदाताओं का कहना है कि दवा समय से न लेने के कारण रोगी का रोग ठीक नहीं होता। 13 (13 प्रतिशत) चिकित्सक यह मानते हैं कि जो दवा

वे लिखते हैं रोगी उनके अनुसार दवा न लेकर उल्टा सीधा खाने लगता है जिसके कारण वह ठीक नहीं हो पाता। 29 (29 प्रतिशत) चिकित्सकों का कहना है कि रोगी का समयानुसार अस्पताल न आना उसके रोग न ठीक होने का सबसे बड़ा कारण है। 17 (17 प्रतिशत) चिकित्सक यह मानते हैं कि इलाज पूरा न कर पाने या बीच में ही छोड़ देने के कारण रोगी रोग से छुटकारा प्राप्त नहीं कर पाता।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे चिकित्सकों की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि रोगी के समयानुसार अस्पताल न आ पाने के कारण वह रोग से छुटकारा नहीं पा पाता।

सारिणी संख्या 5.11

चिकित्सक द्वारा लिखी गयी दवा क्रय सम्बन्धी दृष्टिकोण

क्रम सं0	दवाक्रय सम्बन्धी दृष्टिकोण	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	सभी दवा एक ही बार में लेते हैं।	83	20.75
2	पहले कुछ दिन की लेते हैं।	179	44.75
3	प्रतिदिन लेते हैं।	105	26.25
4	लिखी गयी दवाओं में से आधी दवा ही लेते है।	33	8.25
	योग –	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.11 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि चिकित्सक जो दवा लिखते हैं उसे रोगी किस तरह से व कितनी बार में खरीदता है। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 83 (20.75 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक जो दवा लिखते हैं उसे वे एक ही बार में खरीद लेते हैं। 179 (44.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि चिकित्सक जो दवा लिखते हैं

उसमें से वे पहले कुछ दिन की ही खरीदते हैं । बाद में यदि दवा फायदा करती है तो उसे पूरी खरीद लेते हैं। 105 (26.25 प्रतिशत) का कहना है कि प्रतिदिन दवा खरीदते हैं। ऐसे अधिकांश उत्तरदाता शहर या कस्बे के हैं। 33 (8.25 प्रतिशत) का कहना है कि चिकित्सक जो दवा लिखते हैं उनमें से वे आधे दिनों की ही दवा खरीदते हैं और यदि इन आधे दिनों की दवाओ से रोग ठीक हो जाता है तो फिर ये लोग शेष दवा भी नहीं खरीदते। उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो चिकित्सक द्वारा लिखी गयी दवा को पूरी न खरीद कर पहले कुछ दिन की ही लेते है।

सारिणी संख्या 5.12

चिकित्सालय स्टाफ कर्मियों के व्यवहार के सम्बन्धों में रोगियों का दृष्टिकोण

क्रम सं0	व्यवहार	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	सकारात्मक	109	27.25
2	नकारात्मक	217	54.25
3	तटस्थ	74	18.5
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.12 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया गया है कि रोगियों के साथ चिकित्सालय के स्टाफ कर्मियों का व्यवहार कैसा रहता है। कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 109 (27.25 प्रतिशत) का कहना है कि चिकित्सालय के स्टाफ कर्मियों का उनके साथ व्यवहार सकारात्मक रहा। 217 (54.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का यह कहना है कि चिकित्सालय के स्टाफ कर्मियों का उनके साथ नकारात्मक व्यवहार रहा है। कुछ 400 में से 74 (18.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि उनके साथ चिकित्सालय के स्टाफ कर्मियों का व्यवहार न तो ज्यादा अच्छा रहा और

न ही ज्यादा बुरा अर्थात तटस्थ रहा।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से स्पष्ट है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि चिकित्सालय के स्टाफ कर्मियों का उनके साथ नकारात्मक व्यवहार रहा।

सारिणी संख्या 5.13

उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं चिकित्सक से परिवार नियोजन सम्बन्धी परामर्श

क्रम	परामर्श सम्बन्धी विवरण / शिक्षा	हां		नहीं		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
1	प्राथमिक	2	.5	99	24.75	101	25.25
2	जू0हाईस्कूल	6	1.5	53	13.25	59	14.75
3	हाईस्कूल	11	2.75	32	8	43	10.75
4	इण्टरमीडिएट	7	1.75	7	1.75	14	3.5
5	स्नातक	72	18	7	1.75	79	19.75
6	परास्नातक	88	22	3	.75	91	22.75
7	अन्य	10	2.5	3	.75	13	3.25
	योग	196	49	204	51	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.13 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि क्या रोगी उत्तरदाता चिकित्सक से परिवार नियोजन के सम्बन्ध मे परामर्श लेते हैं। परामर्श सम्बन्धी विवरण को हमने हां एवं नहीं मे व्यक्त किया है जबकि उत्तरदाताओं की शिक्षा को हमने प्राथमिक, जू0हाईस्कूल, हाईस्कूल, इण्टरमीडिएट, स्नातक परास्नातक एवं अन्य मे विभाजित किया है।

कुल 400 उत्तरदाताओं में से प्राथमिक स्तर के 101 (25.25 प्रतिशत) रोगी

उत्तरदाता मिले जिनमें 2 (.5 प्रतिशत) का कहना है कि वे चिकित्सक से परिवार नियोजन के बारे मे परामर्श करते हैं जबकि 99 (24.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का कहना है कि वे परिवार नियोजन के सम्बन्ध मे चिकित्सक से परामर्श नहीं करते। जू0हाईस्कूल तक शिक्षा प्राप्त रोगी उत्तरदाताओं की संख्या 59 (14.75 प्रतिशत) प्राप्त हुई जिनमें 6 (1.5 प्रतिशत) परिवार नियोजन के सम्बन्ध में चिकित्सक से सलाह लेते हैं जबकि 53 (13.25 प्रतिशत) परिवार नियोजन के सम्बन्ध में चिकित्सक से सलाह नहीं लेते। हाईस्कूल स्तर के कुल उत्तरदाताओं की संख्या 43 (10.75प्रतिशत) प्राप्त हुयी जिसमें 11(2.75 प्रतिशत) परिवार नियोजन सम्बन्धी सलाह लेते हैं जबकि 32 (8 प्रतिशत) इस सम्बन्ध मे कोई चर्चा नहीं करते। इण्टरमीएिट स्तर के 14 (3.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओ में से 7 (1.75 प्रतिशत) इस सम्बन्ध मे चर्चा करते हैं जबकि 7(1.75 प्रतिशत) इस सम्बन्ध मे कोई चर्चा नहीं करते। स्नातक स्तर के 79 (19.75 प्रतिशत) उत्तरदाताओं में से 72 (18 प्रतिशत) परामर्श लेते हैं जबकि 7 (1.75 प्रतिशत) परामर्श नहीं लेते। परास्नातक के 88 (22 प्रतिशत) उत्तरदाता परामर्श लेते हैं जबकि 3 (.75 प्रतिशत) परामर्श नहीं लेते। अन्य योग्यता वाले 13 (3.25 प्रतिशत) उत्तरदाताओं में से 10 (2.5 प्रतिशत) परामर्श लेते हैं जबकि 3 (.75 प्रतिशत) परामर्श नहीं लेते।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से पता चलता है कि आज भी ऐसे लोगों की संख्या सर्वाधिक है जो परिवार नियोजन के सम्बन्ध में चर्चा करने से बचते हैं।

सारिणी संख्या 5.14
विभिन्न प्रकार की संक्रामक बीमारियां और उनके प्रति चिकित्सक का व्यवहार सम्बन्धी विवरण

क्रम	बीमारियां / व्यवहार	कुष्ठ		टी0बी0क्षयरोग		एड्स		कैन्सर		योग	
		संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत	संख्या	प्रतिशत
01	गम्भीरता से	108	27	36	9	1	0.25	13	3.25	158	39.5
01	लापरवाही से	24	6	22	5.5	—	—	3	.75	49	12.25
03	घृणा से	60	15	71	17.75	4	1	11	2.75	146	36.5
04	सहानुभूति पूर्वक	24	6	9	2.25	1	0.25	13	3.25	47	11.75
	योग	216	54	138	34.5	6	1.5	40	10	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.14 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि संक्रामक बीमारियों से ग्रसित व्यक्ति अर्थात रोगी के साथ चिकित्सक का व्यवहार कैसा रहता है। संक्रामक बीमारियों मे हमने कुष्ठ रोग, टीबी, क्षयरोग, एड्स एवं कैन्सर को लिया है जबकि चिकित्सक के व्यवहार को गम्भीरता, लापरवाह, घृणा एवं सहानुभूतिपूर्वक में बांटा है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 216 (54 प्रतिशत) लोगों से जब कुष्ठ रोगों के बारे मे पूछा गया तो 108 (27 प्रतिशत) ने कहा कि ऐसे केसों को चिकित्सक गंभीरता से लेते हैं। 24 (6 प्रतिशत) ने कहा कि लापरवाही पूर्वक रोग को लेते हैं। 60 (15 प्रतिशत) का कहना है कि ऐसे रोगी को चिकित्सक घृणा की दृष्टि से देखते हैं जबकि 24 (6 प्रतिशत) का कहना है कि ऐसे रोगियों के साथ चिकित्सक सहानुभूतिपूर्वक व्यवहार करते हैं। 138 (34.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं मे से 36 (9 प्रतिशत) का कहना है कि क्षय रोग के रोगियों को चिकित्सक गंभीरता से लेते हैं। 22 (5.5 प्रतिशत) का कहना है कि क्षय रोग के रोगियों को चिकित्सक लापरवाही से लेते हैं। 71 (17.75 प्रतिशत) का कहना है कि क्षय रोग के रोगियों को चिकित्सक घृणा की दृष्टि से देखते हैं जबकि 9 (2.25 प्रतिशत) का कहना है कि क्षय रोग के रोगियों से चिकित्सक सहानुभूतिपूर्वक व्यवहार करते हैं। 6 (1.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं मे से 1 (.25 प्रतिशत) का कहना है कि एड्स रोगी को चिकित्सक गंभीरता से लेते हैं। 4 (1 प्रतिशत) का कहना है कि एड्स रोगियों को चिकित्सक घृणा की दृष्टि से देखते हैं जबकि 1 (.25 प्रतिशत) का कहना है कि एड्स रोगियों से चिकित्सक सहानुभूतिपूर्वक व्यवहार करते हैं। 40 (10 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं में से 13

(3.25 प्रतिशत) का कहना है कि कैन्सर रोगियों को चिकित्सक गंभीरता से लेते हैं। 3 (.75 प्रतिशत) का कहना है कि कैन्सर रोगियों के प्रति चिकित्सक लापरवाह होते है 11 (2.75 प्रतिशत) का कहना है कि कैन्सर रोगियों को चिकित्सक घृणा की दृष्टि से देखते हैं जबकि 13 (3.25 प्रतिशत) का कहना है कि कैन्सर रोगियों के साथ चिकित्सक सहानुभूतिपूर्वक व्यवहार करते हैं।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से यह ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि चिकित्सक संक्रामक बीमारियों से ग्रसित रोगी को गंभीरता से लेते हैं।

सारिणी संख्या 5.15

उत्तरदाताओं की संख्या एवं कुष्ठ रोगियों से व्यवहार सम्बन्धी दृष्टिकोण

कम सं0	व्यवहार सम्बन्धी दृष्टिकोण	संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	घृणा की दृष्टि से देखने	30	7.5
2	चिकित्सा की सलाह देंगें	203	50.75
3	सहानुभूति रखेंगे	133	33.25
4	उसके कर्मो का फल मानेगें	34	8.5
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.15 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि यदि किसी रोगी के घर मे या पड़ोस मे कुष्ठ रोगी है तो वे लोग उसके साथ कैसा व्यवहार करते हैं या करेंगे। व्यवहार सम्बन्धी दृष्टिकोण को हमने घृणा की दृष्टि से चिकित्सा की सलाह, सहानुभूति एवं कर्मो का फल में विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 30 (7.5 प्रतिशत) का कहना है कि वे कुष्ठ रोगी को घृणा की दृष्टि से देखते हैं। 203 (50.75 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि यदि उनके घर में या पडोस मे कुष्ठ रोगी है तो वे इसे चिकित्सा यानि इलाज के लिए कहेंगे। 133 (33.25 प्रतिशत) रोगी यह मानते हैं कि वे कुष्ठ रोगियों के साथ सहानुभूतिपूर्वक व्यवहार करेंगे। 34 (8.5 प्रतिशत) का कहना है कि यदि किसी व्यक्ति के कुष्ठ रोग है तो वह उसके कर्मो का फल है।

उपर्युक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि यदि उनके घर में या पड़ोस मे कुष्ठ रोगी हैं तो वे उसे चिकित्सा की सलाह देंगे।

सारिणी संख्या 5.16

उत्तरदाताओं की संख्या एवं सरकारी चिकित्सक के पास जाने सम्बन्धी दृष्टिकोण

क्रम सं0	दृष्टिकोण	संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	सही सलाह के कारण	82	20.5
2	पास मे उपलब्ध होने के कारण	79	19.75
3	निशुल्क मे दवा मिलने के कारण	108	27
4	पैसा कम लगने के कारण	102	25.5
5	चिकित्सा मे दक्ष होने के कारण	29	7.25
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.16 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि रोगी सरकारी चिकित्सक के पास जाना क्यों पसंद करते हैं। उत्तरदाताओं के

दृष्टिकोण को हमने सही सलाह के कारण, पास मे उपलब्ध होने के कारण, निःशुल्क दवा मिलने के कारण, पैसा कम लगने के कारण एवं चिकित्सा में दक्ष होने के कारण आदि में विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 82 (20.5 प्रतिशत) का कहना है कि वे सरकारी चिकित्सक के पास इसलिए जाते हैं क्योंकि वह जो सलाह देगा वह सही होगी। 79 (19.75 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का यह कहना है कि सरकारी चिकित्सालय के पास में होने के कारण वह वहां जाते हैं। 108 (27 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का मानना है कि चूंकि सरकारी अस्पतालों मे दवा निःशुल्क मिलती है, इसलिए वे वहां जाते है। 102 (25.5 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि पैसा कम लगने के कारण वे सरकारी अस्पताल जाना पसंद करते हैं। 29 (7.25 प्रतिशत) उत्तरदाता यह मानते हैं कि सरकारी चिकित्सक चिकित्सा में दक्ष होते हैं इसलिए वे सरकारी अस्पताल जाना पसंद करते हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से स्पष्ट है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते है कि दवा निःशुल्क मिलने के कारण वे अस्पताल जाते है । इस सारिणी से यह भी ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या भी कम नहीं है जो यह मानते हैं कि पैसा कम लगने के कारण वे सरकारी अस्पताल जाते हैं।

सारिणी संख्या 5.17

चिकित्सकों के दृष्टिकोण मे मरीजों की पारिवारिक स्थिति

क्रम	दृष्टिकोण / पारिवारिक स्थिति	संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	उच्च वर्ग	18	18
2	मध्यम वर्ग	36	36
3	निम्न वर्ग	46	46
	योग	100	100

प्रस्तुत सारिणी 5.17 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि चिकित्सकों के पास जो मरीज आते हैं उनकी पारिवारिक स्थिति कैसी है। इस दृष्टिकोण को हमने चिकित्सकों के माध्यम से जानने का प्रयास किया है।

कुल 100 चिकित्सक उत्तरदाताओं में से 18 (18 प्रतिशत) चिकित्सकों का मानना है कि उनके पास जो मरीज आते हैं वे अधिकांशतया उच्च पारिवारिक स्थिति वाले होते हैं। 36 (36 प्रतिशत) चिकित्सकों का मानना है कि उनके पास जो मरीज आते हैं वे अधिकांशतया मध्यम पारिवारिक स्थिति वाले होते हैं। कुल 100 उत्तरदाताओं मे से 46 (46 प्रतिशत) का यह मानना है कि उनके पास जो मरीज आते हैं वे निम्न पारिवारिक वर्ग से सम्बन्धित होते हैं।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि ऐसे चिकित्सक उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि सरकारी चिकित्सालयों मे जो मरीज आते हैं वे निम्न वर्ग से सम्बन्धित होते हैं। उच्च स्थिति या उच्च वर्गीय एवं मध्यम वर्गीय मरीज तो अपना इलाज प्राइवेट अस्पताल में भी करा सकते हैं परन्तु निम्न वर्गीय लोगों के पास इतना पैसा नहीं होता कि वे अपना इलाज प्राइवेट अस्पताल में करवा सकें। उनके लिए सरकारी अस्पताल ही एकमात्र आखिरी रास्ता है।

सारिणी संख्या 5.18

मौसम और उत्तरदाताओ के बीमार पड़ने सम्बन्धी दृष्टिकोण

क्रम सं0	दृष्टिकोण / मौसम	संख्या	प्रतिशत
1	गर्मी	189	47.25
2	सर्दी	82	20.5
3	बरसात	129	32.25
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.18 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि जिन उत्तरदाताओं को हमने अपने अध्ययन के लिए चुना है वे अधिकतर किस मौसम में सबसे अधिक बीमार पड़ते हैं। मौसम को हमने केवल तीन भागों गर्मी, सर्दी एवं बरसात मे विभाजित किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 189 (47.25 प्रतिशत) का मानना है कि वे सबसे अधिक गर्मी के मौसम मे बीमार पड़ते है। 82 (20.5 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओ का कहना है कि अधिकतर ठंडी के मौसम मे बीमार पड़ते हैं जबकि 129 (32.25 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाताओं का यह मानना है कि वे अधिकतर बरसात के मौसम में बीमार पड़ते हैं।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी से यह ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते हैं कि वे अधिकांशतया: गर्मी के मौसम मे बीमार पड़ते हैं। इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि गर्मी के बाद जिस मौसम मे रोगी सबसे ज्यादा बीमार पड़ते हैं वह बरसात का मौसम हैं। बरसात के मौसम मे इस क्षेत्र में सबसे ज्यादा बीमारियां दूषित जल से फैलती हैं । जगह – जगह जल भराव से मच्छरों की भी भरमार हो जाती है जिससे मलेरिया रोगियों की संख्या भी बढ़ने लगती है।

सारिणी संख्या 5.19

उत्तरदाताओं का महिला मरीज को दिखाने सम्बन्धी दृष्टिकोण

क्रम सं0	दृष्टिकोण / चिकित्सक	संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	महिला चिकित्सक से	240	60
2	पुरूष चिकित्सक से	40	10
3	दोनों से	120	30
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.19 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि रोगी उत्तरदाता महिला मरीज को किससे दिखाना पसंद करते हैं, पुरूष चिकित्सक से या महिला चिकित्सक से या दोनों से ।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं में से 240 (60 प्रतिशत) का कहना है कि वे महिला मरीज को महिला चिकित्सक को दिखाना पसंद करेंगे जबकि 40 (10 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि वे महिला मरीज को पुरूष चिकित्सक को दिखाना पसंद करेंगे। कुल 400 उत्तरदाताओं में से 120 (30 प्रतिशत) रोगी उत्तरदाता यह मानते हैं कि वे महिला मरीज को किसी भी चिकित्सक को दिखा सकते हैं, उनको किसी तरह की परेशानी नहीं होगी।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते हैं कि वे महिला मरीज को महिला चिकित्सक से ही दिखाना पसंद करेंगे। इनका यह कहना है कि महिला मरीज महिला चिकित्सक को अपनी बीमारी के बारे मे अच्छी तरह से बता सकती है, समझा सकती है। पुरूष

चिकित्सक से महिला मरीज अपने रोग को अच्छी तरह नहीं बता पाती उसे शर्म महसूस होती है। यह स्थिति गुप्त रोगों के बारे में और भी गंभीर हो जाती है, परन्तु कभी कभी और अधिकांशतयाः यह स्थिति आ जाती है कि महिला चिकित्सक के न मिलने पर पुरूष चिकित्सक को मजबूरी में दिखाना पड़ता है। ग्रामीण अंचलो मे तो यह स्थिति ओर भयावह है।

सारिणी संख्या 5.20

उत्तरदाताओं की संख्या एवं चिकित्सालय से मरीज के घर की दूरी सम्बन्धी दृष्टिकोण

क्रम	दृष्टिकोण कि0मी0में (वर्ग अन्तराल)	संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	1–5	26	6.5
2	5–10	76	19
3	10–15	30	7.5
4	15–20	36	9
5	20–25	47	11.75
6	25–30	38	9.5
7	30–35	35	8.75
8	35–40	67	16.75
9	40–45	33	8.25
10	45–50	12	3
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.20 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि चयनित उत्तरदाताओं की चिकित्सालय से घर की दूरी क्या है। दूरी को हमने 1 कि0मी0 से लेकर 50 कि0मी0 तक रखा है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे 26 (6.5 प्रतिशत) ऐसे उत्तरदाता मिले जिनकी अस्पताल से दूरी 1– 5 कि0मी0 के अन्दर थी। 76 (19 प्रतिशत) ऐसे उत्तरदाता मिले जो 5–10 कि0मी0 की दूरी तय करके अस्पताल आये थे। 30 (7.5 प्रतिशत) ऐसे उत्तरदाता मिले जो 10–15 कि0मी0 का रास्ता तय करके आये थे। 36 (9 प्रतिशत) ऐसे उत्तरदाता मिले जिनकी घर से अस्पताल की दूरी 15–20 कि0मी0 थी। 47 (11.75प्रतिशत) ऐसे उत्तरदाता मिले जो 20–25 कि0मी0 की दूरी से आये थे। 38 (9.5 प्रतिशत) उत्तरदाता 25–30 कि0मी0 , 35 (8.75 प्रतिशत) 30–35 कि0मी0, 67 (16.75 प्रतिशत) 35–40 कि0मी0, 33 (8.25 प्रतिशत) 40–45 कि0मी0 एवं 12 (3 प्रतिशत) 45–50 कि0मी0 दूरी तय करके अस्पताल आए थे।

इस प्रकार उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जिनकी अस्पताल से घर की दूरी 5–10 कि0मी0 है जबकि दूसरे नम्बर पर ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या है जिनकी अस्पताल से घर की दूरी 35–40 के अन्दर है।

सारिणी संख्या 5.21

उत्तरदाताओं की संख्या एवं चिकित्सक के पास आने के लिए अपनाये गये साधन सम्बन्धी विवरण

क्रम सं0	साधन	उत्तरदाताओं की संख्या	
		संख्या	प्रतिशत
1	पैदल	34	8.5
2	बैलगाड़ी	56	14
3	साइकिल	113	28.25
4	मोटरसाइकिल	73	18.25
5	टैम्पो	56	14
6	बस	68	17
	योग	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.21 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि रोगी उत्तरदाता अस्पताल आने के लिए किन – किन साधनों का सहारा लेते हैं। साधनों को हमने पैदल, बैलगाड़ी, साइकिल, मोटरसाइकिल, टैम्पो एवं बस आदि में विभक्त किया है।

कुल 400 रोगी उत्तरदाताओं मे से 34 (8.5 प्रतिशत) का कहना है कि वे पैदल ही अस्पताल आते हैं। ये वे उत्तरदाता हैं जिनके घर अस्पताल से नजदीक हैं। 56 (14 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अस्पताल जाने के लिए बैलगाड़ी का सहारा लेते हैं। 113 (28.25 प्रतिशत) उत्तरदाताओं का कहना है कि वे अस्पताल जाने के लिए साइकिल का सहारा लेते हैं। 73 (18.25 प्रतिशत) का कहना है कि वे अस्पताल जाने के लिए मोटर साइकिल का सहारा लेते हैं। 56 (14 प्रतिशत) रोगियों का कहना

है कि वे टैम्पो से अस्पताल आते हैं जबकि 68 (17 प्रतिशत) रोगियों ने कहा कि वे बस से अस्पताल जाते हैं।

इसी सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो अस्पताल जाने के लिए साइकिल का सहारा लेते हैं। किसी समय ग्रामीण अंचलो मे बैलगाड़ी आवागमन का एक प्रमुख साधन थी परन्तु आवागमन के नए साधनों के विकास के कारण आज बैलगाड़ी अस्तित्वहीन होती जा रही है।

सारणी संख्या 5.22

विभिन्न मौसमों मे होने वाली बीमारियों के सम्बन्ध मे रोगी के दृष्टिकोण

क्रम	मौसम बीमारी	गर्मी										योग	
	जीवन स्तर	गर्मी		बुखार		उल्टी दस्त		हैजा		चेचक			
		सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0
01	शहरी	20	5	3	.75	4	1	27	6.75	6	1.5	60	15
01	ग्रामीण	103	25.75	24	6	21	5.25	38	9.5	13	3.25	199	49.75
03	कस्बाई	46	11.5	13	3.25	11	2.75	3.7	9.25	17	4.25	124	31
04	घुमन्तू लोग	09	2.25	2	.5	4	1	1	.25	1	.25	17	4.25
	योग	178	44.5	42	10.5	40	10	103	26.25	37	9.75	400	100

क्रम	मौसम बीमारी	सर्दी										योग	
	जीवन स्तर	जुकाम		बुखार		खांसी		एलर्जी		दमा			
		सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0
01	शहरी	22	5.5	18	4.5	12	3	6	1.5	2	.5	60	15
01	ग्रामीण	58	14.5	46	11.5	52	13	30	7.5	13	3.25	60	49.75
03	कस्बाई	44	11	30	7.5	22	5.5	18	4.5	10	2.5	195	31
04	घुमन्तू लोग	7	1.75	6	1.5	3	.75	1	.25	—	—	124	4.25
	योग	131	32.75	100	25	89	22.25	55	13.75	25	6.25	17	100

मौसम बीमारी	बरसात								योग	
	चर्मरोग		बुखार		मलेरिया		डेंगू			
जीवन स्तर	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0	सं0	प्र0
शहरी	22	5.5	18	4.5	14	3.5	0.6	1.5	60	15
ग्रामीण	83	21.25	26	6.5	179	19.75	5	1.25	199	49.75
कस्बाई	24	6	31	7.75	56	14	13	3.25	124	31
घुमन्तू लोग	4	1	3	.75	10	2.5	—	—	1.7	4.25
योग	139	34.75	78	19.5	159	3.75	24	6	400	100

प्रस्तुत सारिणी संख्या 5.22 के माध्यम से यह जानने का प्रयास किया है कि विभिन्न मौसमों में उत्तरदाता किन – किन बीमारियों से ग्रसित रहते हैं या किन –किन बीमारियों से ग्रसित होने की ज्यादा संभावना रहती है मौसम मे हमने गर्मी, सर्दी एवं बरसात को लिया है जबकि जीवन स्तर को हमने शहरी, ग्रामीण, कस्बाई एवं घुमन्तू जीवन मे विभक्त किया है।

कुल 400 उत्तरदाताओं में से शहरी लोगों की संख्या 60 (15 प्रतिशत) प्राप्त हुयी। इन 15 प्रतिशत उत्तरदाताओं में से 20 (5 प्रतिशत) लू, 3 (.75 प्रतिशत) बुखार, 4 (1 प्रतिशत) उल्टी दस्त, 27 (6.75 प्रतिशत) हैजा एवं 6 (1.5 प्रतिशत) चेचक से गर्मियों में ग्रसित रहते हैं। कुल 400 में ग्रामीण रोगी उत्तरदाताओं की संख्या 199 (49.75 प्रतिशत) है जिनमें 103 (25.75 प्रतिशत) लू, 24 (6 प्रतिशत) बुखार, 21 (5.25 प्रतिशत) उल्टी दस्त, 38 (9.5 प्रतिशत) हैजा एवं 13 (3.25 प्रतिशत) चेचक जैसी बीमारियों से गर्मियों में ग्रसित रहते हैं। कस्बाई रोगियों की संख्या 124 (31 प्रतिशत) मिली जिनमें 46 (11.5 प्रतिशत) लू, 13 (3.25 प्रतिशत) बुखार, 11 (2.75 प्रतिशत) उल्टी दस्त, 37 (9.25 प्रतिशत) हैजा एवं 17 (4.25 प्रतिशत) चेचक जैसी बीमारियों से गर्मियों में ग्रसित रहते हैं। घुमन्तू लोगों की संख्या 17 (4.25 प्रतिशत) प्राप्त हुई जिनमें 9 (2.25 प्रतिशत) लू, 2 (.5 प्रतिशत) बुखार, 4 (1 प्रतिशत) उल्टी दस्त, 1 (.25 प्रतिशत) हैजा एवं 1 (.25 प्रतिशत) चेचक जैसे रोगों से गर्मियों मे ग्रसित रहते हैं।

60 (15 प्रतिशत) शहरी उत्तरदाताओं में से 22 (5.5 प्रतिशत) जुकाम, 18 (4.5 प्रतिशत) बुखार, 12 (3 प्रतिशत) खांसी, 6 (1.5 प्रतिशत) एलर्जी एवं 2 (.5 प्रतिशत) दमा जैसी बीमारियों से सर्दियों में ग्रसित रहते हैं। 199 (49.75 प्रतिशत) ग्रामीण लोगों में से 58 (14.5 प्रतिशत) जुकाम, 46 (11.5 प्रतिशत) बुखार, 52 (13 प्रतिशत) खांसी, 30 (7.5 प्रतिशत) एलर्जी एवं 13 (3.25 प्रतिशत) दमा जैसे बीमारियों से सर्दियों में ग्रसित

रहते हैं। 124 (21 प्रतिशत) कस्बाई लोगों मे से 44 (11 प्रतिशत) जुकाम, 30 (7.5 प्रतिशत) बुखार, 22 (5.5 प्रतिशत) खांसी, 18 (4.5 प्रतिशत) एलर्जी एवं 10 (2.5 प्रतिशत) दमा जैसे रोगों से सर्दियों में ग्रसित रहते हैं 17 (4.25 प्रतिशत) घुमन्तू लोगों में से 7 (1.75 प्रतिशत) जुकाम, 6 (1.5 प्रतिशत) बुखार, 3 (.75 प्रतिशत) खांसी, 1 (.25 प्रतिशत) एलर्जी जैसी बीमारियों से सर्दियों में पीड़ित रहते हैं।

60 (15 प्रतिशत) शहरी जनों में से 22 (5.5 प्रतिशत) चर्म रोग, 18 (4.5 प्रतिशत) बुखार, 14 (3.5 प्रतिशत) मलेरिया, 6 (1.5 प्रतिशत) डेंगू जैसे रोगों से बरसात मे ग्रसित रहते हैं। 199 (49.75 प्रतिशत) ग्रामीण लोगों में से 89 (22.25 प्रतिशत) चर्म रोग, 26 (6.5 प्रतिशत) बुखार, 79 (19.75 प्रतिशत) मलेरिया एवं 5 (1.25 प्रतिशत) डेंगू जैसी बीमारियों से बरसात में पीड़ित रहते हैं। 124 (31 प्रतिशत) कस्बाई लोगों में से 24 (6 प्रतिशत) चर्म रोग, 31 (7.75 प्रतिशत) बुखार, 56 (14 प्रतिशत) मलेरिया एवं 13 (3.25 प्रतिशत) डेंगू जैसी बीमारियों से बरसात मे ग्रसित रहते हैं। 17 (4.25 प्रतिशत) घुमन्तू लोगों में से 4 (1 प्रतिशत) चर्म रोग 3 (.75 प्रतिशत) बुखार, 10 (2.5 प्रतिशत) मलेरिया जैसे रोगों से बरसात में पीड़ित रहते हैं।

उपरोक्त सारिणी के विश्लेषण से स्पष्ट है कि गर्मियो में लू से, सर्दियों में जुकाम से एवं बरसात में मलेरिया जैसी बीमारियों से सबसे ज्यादा लोग ग्रसित रहते हैं।

अध्याय षष्ठम

निष्कर्ष एवं सुझाव

अध्याय षष्ठम –

निष्कर्ष एवं सुझाव

समाजशास्त्र सामाजिक जीवन के विभिन्न आयामों के अध्ययन एवं विश्लेषण की अपेक्षाकृत नवीन विद्या है। समाजशास्त्र की अनेक शाखाओं में एक प्रमुख शाखा जो लगभग 20वें दशक में ही अपने पांव जमाने लगी, चिकित्सा समाजशास्त्र (Medical Sociology) के नाम से जानी जाती है। इसमें कोई सन्देह नहीं है कि रोग तथा स्वास्थ्य में जहां शारीरिक विशेषता महत्वपूर्ण है वही उसमें सांस्कृतिक एवं सामाजिक वास्तविकता भी पाई जाती है । रोग की उत्पत्ति की प्रक्रिया यद्यपि प्राकृतिक एवं शारीरिक हो सकती है किन्तु उसके प्रसार अथवा फैलाव में एवं व्यक्ति की रोगग्रस्तता की स्थिति में उसके आसपास का सांस्कृतिक एवं सामाजिक वातावरण निश्चित रूप से जुड़ा होता है।

रोगों का प्रारम्भिक सिद्धान्त जादुई, आध्यात्मिक, प्राकृतिक एवं धार्मिक था जो आज भी किसी न किसी रूप में लगभग प्रत्येक समाज में दृष्टिगत होता है। रोगों के निदान की आरम्भिक अवधारणा बुराइयों, शरीर द्वारा किए गए गलत कार्यो एवं आध्यात्मिक आत्माओं के उत्पीड़न से सम्बन्धित थी और इन्हें दूर करने के रूप में प्रारम्भिक समाज में पुरोहितों, ओझाओं आदि को ही सक्षम माना जाता था। औद्योगिक क्रान्ति के प्रारम्भ में तथा औद्योगीकरण, नगरीकरण, ईसाई धर्म के व्यापक विकास एवं विस्तार के परिणामस्वरूप लोगों का विश्वास एवं आस्था परम्पराओं, लोक रीतियों आदि से हटता गया एवं तर्कसंगत युक्तियों की ओर बढ़ता गया। जैसे – जैसे जैविकीय विज्ञानों का विकास होता गया चिकित्सा विज्ञान व्यवहारिक विज्ञान के रूप में द्रुत गति से विकसित होता गया। इसके अन्तर कार्यरत चिकित्सकों की प्रस्थिति

व्यवसायिक होने लगी। चिकित्सा के समाजशास्त्र के विकास के दूसरे चरण में चिकित्सक एवं रोगी के अन्र्तसम्बन्धों का संविभाजन है। आज रोगियों की चिकित्सा परिवार में न होकर चिकित्सक के कक्ष में या चिकित्सालय मे होने लगी है। आज चिकित्सालय के विकास में इस बात पर विशेष जोर दिया जाता है कि उसमें आधुनिकतम सुविधाएं उपलब्ध हों जिससे जनसाधारण के रोगों का निदान उचित रूप से किया जा सके।

आज प्रकार्यात्मक रोग की अवधारणा भी विकसित हो रही है जिसका आधार केवल दैहिक आधार पर नहीं वरन रोग के सांवेगिक तथा पर्यावरण के पक्ष पर भी आधारित है। आज रोग के निदान में सामाजिक, सांस्कृतिक एवं मनोवैज्ञानिक पक्षों पर बल दिया जाने लगा है। रोग की मनः शारीरिक अवधारणा जीवन की परिस्थितियों तथा तनावपूर्ण जीवन के मनोवैज्ञानिक प्रतिक्रियाओं को महत्व देती है। रोग की सावयवी निदानात्मक अवधारणा के साथ उसके मनोवैज्ञानिक उन्मेषों पर भी बल दिया जाने लगा है। आज इसी का परिणाम है कि चिकित्सक केवल रोग के जैविकीय कुसमंजन का अध्ययन नहीं करता वरन उसकी सामाजिक सांस्कृतिक पृष्ठभूमि का भी अध्ययन करता है जिससे रोग का जड़ से निदान हो सके।

सामाजिक विज्ञानों के परिवार में यद्यपि समाजशास्त्र भी अपेक्षाकृत ज्ञान की नई विद्या है एवं यह अभी शैशावस्था में ही है। चिकित्सा समाजशास्त्र भी समाजशास्त्र की एक नवीन शाखा है। मोटे तौर पर यह कहा जा सकता है कि चिकित्सा समाजशास्त्र का सम्बन्ध चिकित्सा सम्बन्धी समस्याओं का समाजशास्त्रीय अध्ययन है। **Minaco Maconovitch** ने लिखा है कि चिकित्सा समाजशास्त्र स्वास्थ्य के रख रखाव तथा रोग की रोकथाम निराकरण एवं निदान की विज्ञान और कला है।

Robert Strauss के अनुसार चिकित्सा समाजशास्त्र, समाजशास्त्र की वह शाखा है जिसके अन्तर्गत संज्ञानात्मक संरचना का अध्ययन, भूमिका सम्बन्ध, मूल्य व्यवस्था, धार्मिक कृत्य, व्यवहार में व्यवस्थाओं के रूप मे औषधि विज्ञान का प्रकार्य आदि का अध्ययन किया जाता है।

चिकित्सा समाजशास्त्र का क्षेत्र मूलतः सैद्धान्तिक आधार की अपेक्षा व्यवहारिक पक्ष पर अधिक प्रकाश डालता है। चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र में प्रमुख रूप से चिकित्सा के सामाजिक संगठन, सामाजिक नियंत्रण, विचलनकारी व्यवहार आदि को रखा जा सकता है। चिकित्साशास्त्र में चिकित्सकीय परिवेश, स्वास्थ्य बीमारी आदि से सम्बन्धित घटनाओं के अध्ययन एवं विश्लेषण पर ध्यान दिया जाता है। दूसरी ओर कुछ विद्वान जो मूलतः समाज वैज्ञानिक हैं वे चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र मे व्यक्ति की रोग से सम्बन्धित समस्याओं एवं उसके निदान का विस्तृत अध्ययन एवं विश्लेषण करते हैं तथा साथ ही अच्छे स्वास्थ्य के लिए उपलब्ध विभिन्न साधनों की समीक्षा भी की जाती है। **Robert Strauss, Candal and Reader, Talcott Parsons** एवं **David Mechanic** ने चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को अपने – अपने दृष्टिकोणों से विभिंन्न भागों में विभाजित किया है परन्तु संक्षेप में यह कहा जा सकता है कि चिकित्सा समाजशास्त्र संगठनात्मक संरचना, भूमिका सम्बन्ध, मूल्य व्यवस्था, संस्कार, रीति रिवाज, औषधि के प्रकार्यात्मक पक्ष आदि का अध्ययन करता है जो व्यवहारिक समाज वैज्ञानिकों के अध्ययन का मूल क्षेत्र है। भारतीय सामाजिक वास्तविकता को ध्यान में रखते हुए चिकित्सा समाजशास्त्र के विषय क्षेत्र को इस प्रकार वर्णित किया गया है :–

1. रोग और रोग की सामाजिक सांस्कृतिक मान्यताएं

2. रोग की उत्पत्ति के सामाजिक सांस्कृतिक कारक

3. उपचार सम्बन्धी सामाजिक सांस्कृतिक प्रतिक्रियाएं

4. रोग की वैज्ञानिक व्याख्या

5. रोग निदान की व्यवस्थाएं (अनौपचारिक एवं औपचारिक)

6. चिकित्सा सेवाएं (संगठन और विस्तार)

7 चिकित्सक रोगी अर्न्तसम्बन्ध

8 चिकित्सा शिक्षा प्रणालियॉ और शिक्षा का स्वरूप

9 चिकित्सा व्यवसाय (मूल्य और भूमिकायें)

10 सामुदायिक स्वास्थ्य और प्राथमिक स्वास्थ्य

11 सामाजिक परिवर्तन, सामाजिक प्रक्रियाएं और स्वास्थ्य

12 स्वास्थ्य नीति, राजनीति एवं स्वास्थ्य

चिकित्सा समाजशास्त्र का विकास मूलतः विश्व के अन्य राष्ट्रों की अपेक्षा अमेरिका में अधिक तीव्र गति से हुआ है। भारत में आधुनिक चिकित्सा का प्रारम्भ मूलतः ब्रिटिश आगमन के बाद ही हुआ। भारत में प्रचलित आयुर्वेद प्रणाली का स्थान शनैः – शनैः आधुनिक चिकित्सा ने ले लिया। अमेरिका में स्थापित 1940 में National Institute of Health ने चिकित्सा समाज वैज्ञानिकों को प्रचुर सहायता एवं धन आदि देना प्रारम्भ किया। उसके बाद भारत में चिकित्सा समाजशास्त्र की विकास यात्रा तीव्र गति से आरम्भ हुयी। कुछ समाजशास्त्री एवं सामाजिक मानवशास्त्री नवीन स्थापित संस्थानो जैसे National Institute of Health Administration and Education एवं Central Health Education Buero में स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं के अध्ययन के लिए कार्य करने लगे। 'स्वास्थ्य प्रशासन में समाज विज्ञान' से सम्बन्धित प्रथम परिचर्चा गोष्ठी National

Institute of Health Administration and Education के तत्वाधान में 1964 में संगठित की गयी। इस गोष्ठी के अन्तर्गत एक 'फोरम' का सृजन किया गया जिसने समाजशास्त्रियों एवं स्वास्थ्य प्रशासकों के बीच अन्तःक्रिया स्थापित करने का प्रयास किया। स्वास्थ्य शिक्षा से सम्बन्धित स्नातकोत्तर डिप्लोमा पाठ्यक्रम All India Institute of Hygine and Public Health, Calcutta University, Rural Health Institute Gandhigram, Central Health Education Buero, New Delhi में प्रारम्भ हुआ। Lucknow के Planning Research and Action Institute जो प्रान्तीय सरकार का संगठन है ने ग्रामीण क्षेत्रों मे स्वास्थ्य से सम्बन्धित समस्याओं के अध्ययन पर विशेष बल प्रदान किया। सन 1972 में भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद एवं भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद के संयुक्त सहयोग से ''स्वास्थ्य में समाजशास्त्र'' विषय पर एक परिचर्चा गोष्ठी हुयी। इस गोष्ठी के उपरान्त समाजशास्त्रियों के द्वारा स्वास्थ्य के क्षेत्र मे अनेक अध्ययन संचालित किए गए। परिणामस्वरूप चिकित्सा समाजशास्त्र के विषय क्षेत्र मे वृद्धि होने लगी। कुछ प्रतिष्ठित समाजशास्त्रियों ने पश्चिमी समाजशास्त्री अवधारणाओं अध्ययन प्रारुपों को अपनाते हुए स्वास्थ्य एवं रोग से सम्बन्धित विषयों पर अनुसंधान किया। इन प्रतिष्ठित समाजशास्त्रियों में **Dr.M.N.Srinivas, Dr.T.N.Madan, Prof.S.M.Dubey, Prof. S. K. Lal, Prof.S.K.Srivastav** आदि के नाम प्रमुख हैं।

विभिन्न चिकित्सा महाविद्यालयों एवं संस्थानों के Preventive and Social Medicine विभाग ने भी चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र में अपना महत्वपूर्ण योगदान दिया। जवाहर लाल नेहरू विश्वविद्यालय, नई दिल्ली में स्थापित 'समुदाय चिकित्सा केन्द्र' ने प्रोफेसर डी0 बनर्जी के नेतृत्व में चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र में महत्वपूर्ण योगदान दिया। चिकित्सा समाजशास्त्र के अध्ययन में विभिन्न उपागमों का प्रयोग किया जाता

है। **David Mechanic** ने अपनी पुस्तक Medical Sociology में चिकित्सा समाजशास्त्र के अध्ययन हेतु प्रमुख उपागमों को प्रस्तुत किया है जो निम्नवत हैं :–

1. विचलनकारी व्यवहार उपागम
2. प्रत्यक्षवादी उपागम
3. सांख्यिकीय उपागम
4. अन्तः क्रियात्मक उपागम
5. समुदाय उपागम

मानव शरीर में रोग अथवा बीमारी, व्याधिकीय रोग मूलतः जैविकीय कारकों से जाने जाते हैं। इसके अतिरिक्त जीवाणु अथवा वायरस, विटामिन, खनिज लवण, वसा एवं पोषण अथवा आहार सम्बन्धी अन्य तत्व आदि के द्वारा भी शरीर की सामान्य अवस्था अनेक बार असामान्यता को प्राप्त कर जाती है। कुछ परिवर्तन जीन द्वारा प्राप्त शारीरिक संरचनात्मक विरासत आदि द्वारा भी होते हैं एवं उसे अपने सामान्य शारीरिक स्वास्थ्य को बनाये रखने में बाधा उत्पन्न करते हैं। इस प्रकार रोग, रोगग्रस्तता तथा स्वास्थ्य में एक प्रकार की प्राकृतिक, सांस्कृतिक एवं सामाजिक वास्तविकता सन्निहित है। रोग की उत्पत्ति चाहे प्राकृतिक हो किन्तु उसके प्रसार में एवं व्यक्ति की रोगग्रस्तता में सांस्कृतिक एवं सामाजिक कारक भी जुड़े हो सकते हैं। अतः रोगग्रस्तता जैविक शिथिलता, क्षीणता और पीड़ा को तो जन्म देती ही है पर उसके साथ ही व्यक्ति के सामाजिक व्यवहार और भूमिका अदायगी को भी प्रभावित करती है जिसका प्रतिफल व्यक्तिगत, संस्थागत, सामुदायिक तथा सामाजिक हितों को क्षति पहुंचाता है। संक्षेप मे रोग और स्वास्थ्य ने हर समाज मे सदैव व्यक्ति के सामाजिक व्यवहार को प्रभावित किया है। रोग के संदर्भ मे भौतिक, जैविकीय एवं मनोवैज्ञानिक कारकों के बीच

सम्बन्ध महत्वपूर्ण हैं। यद्यपि निदानशास्त्री एवं चिकित्सक रोग के इन निर्धारकों के बीच सहसम्बन्ध स्थापित करने पर बल देते हैं तथा इन कारकों के बीच सम्बन्ध के प्रारूप के निर्धारण पर अनुसंधान हो रहे हैं तथापि उतनी सफलता नहीं प्राप्त हुयी है जितनी कि अपेक्षा है।

प्रस्तुत अध्ययन बुन्देलखण्ड क्षेत्र के अन्तर्गत आने वाले चित्रकूट धाम मण्डल पर आधारित है। बुन्देलखण्ड शब्द का स्पष्ट अर्थ है कि जिस क्षेत्र मे बुन्देले ठाकुरों का राज्य रहा है, उस क्षेत्र को बुन्देलखण्ड के नाम से पुकारा जाता है। बुन्देलखण्ड की प्राकृतिक बनावट विभिन्न प्रकार की है। बुन्देलखण्ड प्राकृतिक संसाधनो से परिपूर्ण होने के बावजूद औद्योगिक दृष्टि से प्राचीन काल से ही पिछड़ा हुआ है। यहां के शासकों ने यहां उद्योग – धन्धों एवं प्राकृतिक संसाधनो के बारे मे कोई योजना नहीं बनाई जिसके कारण यह क्षेत्र गरीब होता चला आया है। यहां के व्यक्तियों को केवल अपनी उदरपूर्ति के लिए कृषि और उससे सम्बन्धित उद्योगों पर निर्भर रहना पड़ा। चित्रकूट धाम मण्डल जो कि प्रस्तुत अध्ययन का संदर्भ क्षेत्र है, अभी हाल में विकसित मण्डल है। इस मण्डल के अन्तर्गत बांदा, हमीरपुर, चित्रकूट एवं महोबा जनपद आते हैं। चित्रकूट धाम मण्डल का मुख्यालय बांदा जनपद है। बांदा बस व रेलमार्गो द्वारा तीनों जनपदों से भलीभांति जुड़ा हुआ है। प्रत्येक शोध के कुछ निश्चित क्षेत्र होते हैं। इनकी प्राप्ति तब तक नहीं हो सकती जब तक कि योजनाबद्ध रूप मे शोध कार्य आरम्भ नहीं किया जा सकता । इसी योजना की रूपरेखा को अनुसंधान कहा जाता है। अनुसंधान विश्लेषण के वैज्ञानिक ढंग के प्रयोग की औपचारिक क्रमबद्ध एवं विस्तृत प्रक्रिया है। **Green Could** के अनुसार अनुसंधान की परिभाषा ज्ञान के खोज में प्रमाणीकृत कार्यरीतियों के प्रयोग में की जा सकती है।

सामाजिक परिप्रेक्ष्य में यह कहा जा सकता है कि सामाजिक घटनाओं के बारे मे सत्य की खोज करना ही सामाजिक शोध है। इसीलिए **Karl Pearson** ने कहा है कि सत्य तक पहुचने के लिए कोई संक्षिप्त पथ नहीं है। विश्व के विषय में ज्ञान प्राप्त करने के लिए हमें वैज्ञानिक पद्धति के द्वार से गुजरना ही पड़ेगा। पद्धति वह प्रणाली है जिसके द्वारा वैज्ञानिक या एक अनुसंधानकर्ता अपने अध्ययन विषय से सम्बन्धित विवेचन्ना करता है। पद्धति अध्ययन की वैज्ञानिक प्रणाली है। इसके विपरीत प्रविधि वह तरीका है जिसके माध्यम से अध्ययन विषय से सम्बन्धित सूचनाओं तथा आंकड़ों को प्राप्त किया जाता है। कोई भी वह अध्ययन पद्धति, वैज्ञानिक पद्धति है जिसके द्वारा एक अनुसंधानकर्ता पक्षपात रहित होकर विभिन्न घटनाओं का व्यवस्थित रूप से अध्ययन करता है। यह एक ऐसी पद्धति है जिसमें व्यक्ति की भावना, दर्शन तथा तत्व ज्ञान का कोई महत्व नहीं होता। वैज्ञानिक पद्धति के अन्तर्गत वस्तुनिष्ठ अवलोकन, परीक्षण, प्रयोग और वर्गीकरण की एक व्यवस्थित कार्यप्रणाली को इस श्रेणी मे रखा जा सकता है।

उपर्युक्त वैज्ञानिक पद्धति के चरणों को हमने अपने अध्ययन में निम्न बिन्दुओं के अन्तर्गत समाहित करने का प्रयास किया है –

1. समस्या का चुनाव
2. साहित्य का पुनरावलोकन
3. अध्ययन की आवश्यकता एवं महत्व
4. अध्ययन के उद्देश्य एवं उपकल्पनाएं
5. अध्ययन क्षेत्र
6. अध्ययन पद्धतियां

7 संग्रहित सूचनाओं का सारणीयन, वर्गीकरण एवं विश्लेषण

8 निष्कर्ष एवं सुझाव

किसी भी शोध के लिए समस्या का चयन सबसे महत्वूर्ण पहलू है। प्रस्तुत शोध मे समस्या के रूप में सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सा अधिकारियों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों को रखा गया है। स्वास्थ्य क्षेत्र की विभिन्न समस्याओं से सम्बन्धित अध्ययन सैद्धान्तिक एवं सामान्य प्रकृति के हैं तथा कुछ ही ऐसे अध्ययन हैं जिन्हें प्राथमिक आंकड़ों के आधार पर किया गया है। इस क्षेत्र में **Dr. Anita Ahuliwalia** द्वारा Sociology of Medicine and Social Anthropology, **Prof. S.L. Sarma** द्वारा A Study of Professions in India, **T.R. Tiwari** and **M.I.D. Sarma** द्वारा An Exploratory Study of Integrated Health Service in India, **Prof. S. M. Dubey** द्वारा Social Mobility Among the Professionals in a Transitional Indian City आदि के अध्ययन महत्वपूर्ण हैं जिन्होंने चिकित्सा से सम्बन्धित विभिन्न पहलुओं का उल्लेख किया है। **Prof.T.N.Madan** ने अपने अध्ययन Doctors and Society में यह स्पष्ट करने का प्रयत्न किया है कि चिकित्सक व्यवसायिक रूप से समाज में दक्षता एवं सामाजिक उपयोगिता के रूप में अपनी भूमिका निष्पादित कर रहे हैं। **Prof.T.K.Omman** ने अपने अध्ययन Doctors and Nurses में यह बताया कि चिकित्सकों की सामाजिक पृष्ठभूमि उनके व्यवसाय को उच्च परिस्थिति प्रदान करती है जबकि परिचारिकाओं की दयनीय सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि उनकी सामाजिक प्रस्थिति की अवनति करती है। **A.L.Srivastav** ने अपने अध्ययन Human Relation in Social Organization में चिकित्सालय पटभूमि में चिकित्सक रोगी सम्बन्धों की प्रकृति एवं प्रक्रिया को ज्ञात करने का प्रयास किया है। **A.L.Srivastav** ने अपने अध्ययन में

निम्नलिखित समस्याओं को परीक्षित करने का प्रयास किया है –

1. भारतीय परिवेश में चिकित्सकों का चित्रकल्प एवं उनके प्रति रोगी की आकांक्षा चिकित्सक रोगी अन्तक्रिया को निर्धारित एवं प्रभावित करता है।

2. रोगी की सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि एवं प्रस्थिति चिकित्सक के भूमिका निष्पादन एवं व्यवहार को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है।

3. यद्यपि चिकित्सक एवं अन्य कर्मचारियों की भूमिका निष्पादन चिकित्सालय नौकरशाही संरचना से प्रभावित एवं निर्धारित होता है तथापि सामाजिक सांस्कृतिक मांग एवं उसके प्रति आस्था चिकित्सकों की भूमिका को प्रभावित करने का प्रयास करती है।

4. चिकित्सक एवं रोगियों द्वारा अनुपालित प्रतिमान एवं मूल्य सामाजिक सांस्कृतिक उन्मेष एवं वैज्ञानिक तार्किकता के समिश्रण का प्रतिफल हैं।

इस प्रकार उपरोक्त अध्ययनों से स्पष्ट है कि भारतवर्ष में चिकित्सा समाजशास्त्र के क्षेत्र को विभिन्न अध्ययनों से समृद्ध करने का प्रयास किया जा रहा है। इन्हीं अध्ययनों में अनेक ऐसी समस्यायें उत्पन्न हुयी हैं जिनका अध्ययन कर स्वास्थ्य एवं रोग से सम्बन्धित विभिन्न समस्याओं का निदान किया जा रहा है। उपरोक्त अध्ययनों से यह भी स्पष्ट है कि डाक्टर एवं मरीजों से सम्बन्धित कुछ ही अध्ययन प्रकाश में आए हैं। बुन्देलखण्ड क्षेत्र में और न ही बुन्देलखण्ड विश्वविद्यालय में इस प्रकार का कोई भी अध्ययन अभी तक प्रकाश में नहीं आया है । चित्रकूट धाम मण्डल बुन्देलखण्ड क्षेत्र का ही एक पिछड़ा मण्डल है। अतः चित्रकूट धाम मण्डल में ऐसे अध्ययन की महती आवश्यकता है।

रोग से ग्रसित मानव उससे निजात पाने के लिए भरसक प्रयास करता है।

अनेकानेक प्रकार की चिकित्सा एवं औषधि का उपयोग कर मानव अपने को मुक्त रखना चाहता है। रोगी चाहता है कि चिकित्सक अच्छी से अच्छी दवाएं दे जिससे रोग कम समय में ठीक हो जाए। औषधि उत्पादन से वितरण तक एक लम्बी श्रृंखला पार करने के पश्चात रोगी के पास पहुंचती है। रोगी इनका प्रयोग कैसे करता है, कब करता है, किसकी सलाह से उसे प्राप्त करता है, ये ऐसे विषय है जो प्रस्तुत अध्ययन के लिए महत्वपूर्ण हैं।

कोई भी अनुसंधान कार्य बिना उद्देश्य के इधर उधर पैर मारने जैसा है। ज्ञान का क्षेत्र असीमित है। अतः सीमाएं निश्चित करना आवश्यक है। इसी मान्यता के आधार पर प्रस्तुत शोध के भी कुछ उद्देश्य निर्दिष्ट किए गए है जो निम्नवत हैं –

1. सरकारी अस्पतालों में कार्यरत चिकित्सकों की भूमिका प्रतिपादन को जानना प्रस्तुत अध्ययन का प्रथम उद्देश्य है।

2. सरकारी अस्पतालों में आने वाले मरीजों की सामाजिक, आर्थिक स्थिति को जानना प्रस्तुत अध्ययन का द्वितीय उद्देश्य है।

3. सरकारी अस्पतालों मे कार्यरत चिकित्सकों एवं उनके पास आने वाले मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों को जानना प्रस्तुत अध्ययन का तृतीय उद्देश्य है।

4. सरकारी अस्पतालों मे कार्यरत चिकित्सकों का नगरीय एवं ग्रामीण मरीजों के प्रति दृष्टिकोण को जानना प्रस्तुत अध्ययन का चतुर्थ उद्देश्य है।

5. मरीजों का चिकित्सकों के प्रति क्या दृष्टिकोण होता है, यह जानना प्रस्तुत अध्ययन का पंचम उद्देश्य है।

प्रस्तुत अध्ययन का क्षेत्र चित्रकूट धाम मण्डल है। इस मण्डल मे बांदा, हमीरपुर, चित्रकूट एवं महोबा जनपद आते हैं। इस मण्डल के चारों जिलों मे लगभग 200

सरकारी चिकित्सक कार्यरत हैं। इन 200 चिकित्सकों में से हमने उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि द्वारा 100 चिकित्सकों को अध्ययन के लिए चुना है और इन चिकित्सकों से सम्बद्ध चार–चार मरीजों का औचक एवं दैव निदर्शन के द्वारा चयन किया गया है। इस प्रकार प्रस्तुत अध्ययन की विषय वस्तु 100 चिकित्सक एवं 400 मरीज हैं।

प्रस्तुत शोध में हमने अन्वेषणात्मक शोध प्ररचना को अपने अध्ययन में प्रयुक्त किया है। जब किसी शोध कार्य का उद्देश्य किसी सामाजिक घटना के अन्तर्निहित कारणों को ढूँढ निक़ालना होता है तो उससे सम्बद्ध रूपरेखा को अन्वेषणात्मक शोध प्ररचना कहते हैं। इस प्रकार की शोध प्ररचना में शोध कार्य की रूपरेखा इस ढंग से प्रस्तुत की जाती है कि घटना की प्रकृति व धारा प्रवाहों की वास्तविकताओं की खोज की जा सके।

प्रस्तुत शोध में हमने निदर्शन, अनुसूची, साक्षात्कार, अवलोकन आदि प्रविधियों का प्रयोग किया है। निदर्शन किसी विशाल समूह, समग्र या योग का एक अंश है जो कि समग्र का प्रतिनिधि है अर्थात अंश की भी वही विशेषताएं हैं जो कि सम्पूर्ण समूह या समग्र की है। दैव निदर्शन सविचार, निदर्शन वर्गीकृत निदर्शन, सुविधाजनक निदर्शन, स्वयं निर्वाचित निदर्शन, क्षेत्रीय निदर्शन आदि निदर्शन के प्रकार हैं।

अनुसूची सामाजिक अनुसंधान की समस्या से सम्बन्धित आंकड़े एकत्रित करने का एक उपकरण है। अनुसूची प्रश्नों की एक सूची है जिसे अनुसंधानकर्ता सूचनादाता के पास लेकर जाता है तथा उससे प्रश्नों के उत्तर पूछ कर स्वयं उन्हें अनुसूची में अंकित करता है। अवलोकन अनुसूची, मूल्यांकन अनुसूची, संस्था सर्वेक्षण अनुसूची, साक्षात्कार अनुसूची, प्रलेख अनुसूची आदि अनुसूची के प्रकार हैं।

साक्षात्कार सामाजिक अनुसंधान में आंकड़े संकलन करने की एक प्रविधि है

जिसमें साक्षात्कारकर्ता सूचनादाता के बाहरी एवं आन्तरिक जीवन से सम्बन्धित तथ्यों का परस्पर वार्तालाप (औपचारिक या अनौपचारिक) द्वारा पता लगाता है। व्यक्तिगत साक्षात्कार, सामूहिक साक्षात्कार, निदानात्मक साक्षात्कार, उपचारात्मक साक्षात्कार, अनुसन्धानात्मक साक्षात्कार, प्रत्यक्ष साक्षात्कार, अप्रत्यक्ष साक्षात्कार, औपचारिक साक्षात्कार, अनौपचारिक साक्षात्कार, केन्द्रित साक्षात्कार, पुनरावृत्ति साक्षात्कार, अप्रतिबन्धित साक्षात्कार आदि साक्षात्कार के प्रमुख प्रकार हैं।

निरीक्षण प्रविधि प्राथमिक सामग्री के संग्रहण की प्रत्यक्ष प्रविधि है। निरीक्षण का तात्पर्य उस प्रविधि से है जिसमें नेत्रों द्वारा नवीन अथवा प्राथमिक तथ्यों का विचारपूर्वक संकलन किया जाता है, साथ ही इस प्रविधि में अनुसंधानकर्ता अध्ययन के अन्तर्गत आए समूह के दैनिक जीवन मे भाग लेते हुए अथवा उससे दूर बैठकर उनके सामाजिक एवं व्यक्तिगत व्यवहारों का अपनी ज्ञानेन्द्रियों द्वारा निरीक्षण करता है। प्रत्येक चिकित्सा क्रिया में सदैव दो पक्ष चिकित्सक एवं रोगी सन्निहित होते हैं। चिकित्सा विज्ञान इन दोनों समूहों में अन्तर्निहित अनेक उपसमूहों के विविध अन्तर्सम्बन्धों का प्रतिफल हैं। चिकित्सा विज्ञान का इतिहास विज्ञान के इतिहास, संस्थाओं एवं औषधि के गुणों आदि से ही परिसीमित नहीं होता वरन् उसे रोगी के इतिहास पर भी महत्व देना पड़ता है। यही कारण है कि चिकित्सा विज्ञान के इतिहास में चिकित्सक रोगी अन्तरसम्बन्ध महत्वपूर्ण प्रतिपाद विषय रहा है। चिकित्सक की भूमिका रोगी की आकांक्षाओं से निर्धारित एवं परिभाषित होती है। इस अन्र्तसम्बन्ध में पूर्वाभासों का सानिध्य एवं एक दूसरे के व्यवहार के प्रति पूर्वानुमान भूमिका सम्बन्धों का प्रमुख तत्व है। अन्तरसम्बन्ध में सान्निध्य तत्व के अभाव के कारण अनेक प्रकार की समस्यायें उत्पन्न होने लगती हैं । चिकित्सक रोगी अन्तरसम्बन्धों मे दूसरा आपत्तिजनक

तत्व संस्कृति की विभिन्नता के परिणामस्वरूप उत्पन्न होता है जिससे अनेक पूरक व्यवस्थाओं का उद्भव होता है जिससे विचलनकारी स्थितियां अस्तित्व में आती हैं। इस प्रकार चिकित्सक रोगी सम्बन्धों का प्रारूप रोग की प्रकृति, भूमिका की परिभाषा की विशिष्टता, औषधि का वैज्ञानिक अथवा कला सदृश्य चरित्र एवं प्रचलित सामजिक सांस्कृतिक ढांचे से प्रभावित होता है।

चिकित्सक की भूमिका रोगी के कल्याण के प्रति उत्तरदायित्व पर केन्द्रित होती है। जिस उत्तरदायित्व के अन्तर्गत वह रोगी को अपने सर्वोत्तम योग्यता के आधार पर रोग से मुक्त होने के लिए सुविधा प्रदान करता है। उत्तरदायित्व को पूरा करने के लिए चिकित्सक से इस बात की आकांक्षा की जाती है कि वह चिकित्सा विज्ञान के संदर्भ में उच्च तकनीकी पूर्ण दक्षता प्राप्त करे तथा रोग के निवारणार्थ उसका उपयोग करे। इस सन्दर्भ में चिकित्सक की स्थिति का स्पष्ट ज्ञान होना आवश्यक है क्योंकि कभी कभी स्थितियां चिकित्सक को अपने उत्तरदायित्व के वहन में सुविधा एवं असुविधा दोनो प्रदान करती हैं। कुछ निश्चित दशाओं मे चिकित्सकों का कार्य स्पष्ट रूप से प्राविधिकीय होता है। उसकी ज्ञान एवं कुशलता अपने उद्देश्यों को पूरा करने मे पूर्ण रूप से सफल उपकरण का कार्य करती है परन्तु यह आवश्यक नहीं है कि वह अपनी भूमिका का प्रतिपादन धैर्य के साथ करे तथा अपने कार्य को दक्षता एवं स्पष्टता के साथ पूरा करे। चिकित्सकों के नियंत्रण की निरपेक्षिता समय विशेष के चिकित्सा विज्ञान की स्थिति एवं चिकित्सा विज्ञान के प्रति चिकित्सकों के आत्मसाक्षात्करण पर आधारित होती है। इन्हीं दोनों तथ्यों से चिकित्सकों में निराशा एवं तनाव के उत्पन्न होने की सम्भावना भी हो जाती है । इन्ही दो सीमाओं के अन्तर्गत एक महत्वपूर्ण क्षेत्र अनिश्चितता का भी है। अनेक व्यवहारिक स्थितियों में अनिश्चितता पर आधारित कारकों को अन्य कारकों की

अपेक्षाकृत सरल ढंग से समझा जा सकता है। कभी – कभी ऐसा देखा गया है कि चिकित्सकों की भूमिका प्रतिपादन में निश्चित कारक अपनी महत्वपूर्ण भूमिका व्यक्त करते हैं परन्तु उनके बारे में यह भविष्यवाणी करना कठिन है कि वे कब और कैसे एक विशेष प्रकार के मामलों (रोगी का रोग) में अपनी भूमिका व्यक्त कर पावेंगे। रोगी के रोग के निदान के संदर्भ में ये निश्चित कारक किस प्रकार अपना योगदान देंगे, स्पष्ट नहीं किया जा सकता क्योंकि ज्ञात कारकों अथवा तथ्यों एवं अज्ञात कारकों अथवा तथ्यों के बीच सही सम्बन्धों का आंकलन करना अथवा सम्बन्धों को निर्धारित करना कठिन है।

चिकित्सक समाज का वह महत्वपूर्ण व्यक्ति है जो रूग्ण व्यक्ति को पूर्णरूप से ठीक करे और सामाजिक संगठन के एक महत्वपूर्ण सदस्य के रूप में निर्मित करता है। प्रत्येक समाज में चिकित्सक से समाज व्यवस्था के प्रमुख सांस्कृतिक मूल्यों का प्रतिनिधि होता है। वह अपनी दक्षता को निदान पद्धति के रूप में प्रस्तुत करता है। यद्यपि चिकित्सकों मे 'स्व–चेतना' की वृद्धि हो रही है तथापि मनोचिकित्सा के क्षेत्र भी ऐसे हैं जिसमें चिकित्सक प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से अपने सांस्कृतिक मूल्यों को प्रदर्शित करता है। चिकित्सक सामान्य एवं स्वस्थ व्यक्ति का प्रतीक है जो अरोग्य होते हुए रोगियों के सम्पर्क में उनके निदानार्थ रहता है। उनकी सामाजिक भूमिका स्वास्थ्य का प्रतीक है। चिकित्सक की इसी भूमिका के कारण उसे तकनीकी रूप से दक्ष आरोग्य अभिकर्ता की संज्ञा दी जाती है।

चिकित्सक एवं रोगी एक दूसरे से अपनी – अपनी निर्धारित भूमिका के कारण सह – सम्बन्धित रहते हैं तथा इनके व्यवहार का प्रारूप एक दूसरे के प्रति आकांक्षाओं पर निर्भर करता है। चिकित्सक रोगी सम्बन्धों में रोगी की भूमिका अधिक महत्वपूर्ण

होती है परन्तु चिकित्सक इस प्रकार के सम्बन्धों को मनोवैाानिक एवं सामाजिक आयाम प्रदान करता है। परिणामस्वरूप चिकित्सक रोगी सम्बन्ध में चिकित्सक रोगी की भूमिका को परिभाषित करने एवं निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका प्रस्तुत करता है। इस संदर्भ में महत्वपूर्ण तथ्य यह है कि चिकित्सक पुर्नवास अभिकर्ता के रूप मे रोगी को एक सक्रियकर्ता के रूप मे समाज को प्रदान करता है। चिकित्सक व्यक्ति को रूग्णावस्था में रोगी को संज्ञा तो प्रदान करता ही है साथ ही साथ रोगी को निश्चित एकान्त भी प्रदान करता है। रोगी को सामाजिक सम्पर्को से पृथक करने की चिकित्सक की प्रवृत्ति चिकित्सक रोगी सम्बन्ध को अत्यधिक प्रभावित करती है। कभी – कभी रोगी चिकित्सक के ऊपर विशिष्ट असामान्य अनुशक्ति को लादता है परन्तु चिकित्सक अपनी अनुभवजन्य भूमिका के कारण अपनी भूमिका का निर्वाह करता है । सामाजिक नियंत्रण का प्रमुख अभिकरण होने के नाते चिकित्सक को ''आप चिकित्सक हैं'' की संज्ञा दी जाती है।

चिकित्सक एवं रोगी की आकांक्षाओं में अनेक मौलिक अन्तर हैं जिसके कारण चिकित्सक एवं रोगी अपनी – अपनी भूमिकाओं से विचलित होने लगते हैं। चिकित्सक अपनी दक्षतापूर्ण भूमिका के प्रति दृढ रहता है। चिकित्सक स्वतंत्रतापूर्वक 'विशिष्ट व्यवसाय प्रारूप' का चयन करता है जबकि रोगी अपने रोग के परिणामस्वरूप रूग्ण व्यवहार करने के लिए बाध्य होता हैं। इस विभिन्नता के कारण चिकित्सक के लिए यह आवश्यक हो जाता है कि रूग्णावस्था में रोगी को चिकित्सक से व्यवहार करने का प्रारूप बताए। रोगी भी बहुत हद तक चिकित्सक का अनुसरण करता है। चिकित्सक क्रियाशील व्यक्ति होता है। वह रोगी के रोग के निदान के लिए हर सम्भव प्रयास करता है। रोगी अकर्मण्य व्यक्ति होता है। वह यह चाहता है कि उसके लिए कुछ किया

जाए। चिकित्सक अपनी कार्यकुशलता की दक्षता के कारण उत्तरदायित्व के भार से दबा रहता है। रोगी भी चिकित्सक के प्रति कृतज्ञता प्रकट करता है। इस क्रिया के अन्तर्गत चिकित्सक की भूमिका महत्वपूर्ण होती है। वह रोगियों के निदानार्थ घण्टों अपने कार्य मे लगा रहता है तथा उन स्थितियों में सतर्क रहता है जिसमें त्रुटियों के होने की सम्भावना रहती है परन्तु मनुष्य होने के कारण कभी – कभी वह त्रुटि कर डालता है।

लगभग सभी चिकित्सक व्यवसायिक होते हैं तथा रोगी अव्यवसायिक होते हैं। चिरकालिक रोग के कारण रोगी भी ''व्यवसायिक रोगी'' बन जाता है। चिकित्सक एवं रोगी के बीच मधुर अन्तः सम्बन्धों की स्थापना न होने के अनेक कारणों मे रोगी की भाषा एवं स्वास्थ्य के प्रति स्पष्ट अवधारणा का न होना है। चिकित्सक सुरक्षित होता है एवं रोग के प्रति स्पष्ट धारणा रखता है परन्तु रोगी के लिए ऐसा सम्भव नहीं है। शिक्षा, सामाजिक वर्ग, चिकित्सीय संस्कृति के प्रति सामीप्य, बीमारी के प्रति अनुभव आदि चीजें चिकित्सक रोगी अन्तःक्रिया को प्रभावित करती हैं। औषधि विज्ञान की भाषा चिकित्सकों के लिये सार्थक एवं सारगर्भित हो सकती है परन्तु रोगी के लिए उसका कोई सार्थक महत्व नहीं हो सकता। चिकित्सक रोगी के अन्तरसम्बन्ध के मध्य दूरी का उत्पन्न होना मूल्यों के प्रति पूर्व धारणा, जीवन का सम्पूर्ण ढंग एवं मौखिक स्पष्टीकरण का परिणाम है। एक ही सांस्कृतिक व्यवस्था में चिकित्सक को विभिन्न सामाजिक वर्गो के रोगियों से मिलना पड़ता है जिनके सामाजिक मूल्यों में अन्तर होना स्वाभाविक है। इन्हीं सामाजिक मूल्यों में भिन्नता के कारण चिकित्सक एवं रोगी एक दूसरे को सही रूप में नहीं समझ पाते।

साधारणतया चिकित्सक एवं रोगी दो भिन्न सांस्कृतिक प्रारूपों से सम्बद्ध होते

हैं। सामान्यतया चिकित्सक न तो रोगी की सामाजिक भूमिका से अवगत होता है और न ही रोगी चिकित्सक की भूमिका को समझने का प्रयास करता है। चिकित्सीय समस्याओं के विशेष अध्ययनार्थ इस बात पर बल दिया जाता है कि आधुनिक स्वास्थ्य सुरक्षा एवं स्वास्थ्य मूल्य किस प्रकार से परम्परागत एवं रूढिवादी समाज मे अपना स्थान बना रहे हैं तथा किस हद तक विदारण की स्थिति उत्पन्न कर रहे हैं। इस संदर्भ मे अन्तर सांस्कृतिक चिकित्सीय गतिविधियों के अध्ययन हेतु छात्रों ने यह निष्कर्ष निकाला है कि चिकित्सक को अपने रोगी की संस्कृति से अवगत होना चाहिए, उसे रोगी का आदर करना चाहिए। इन गतिविधियों से ही यथार्थ निदान सम्भव हो सकता है। चिकित्सक को अपने रोगी की विशिष्ट भूमिका से ही अवगत नहीं होना चाहिए वरन् उसकी चिकित्सीय पर्यावरण में प्रस्तुत भूमिका से भी अवगत होना चाहिए जिस संदर्भ में वह चिकित्सक से अन्तःक्रिया कर रहा है।

चिकित्सक रोगी सम्बन्ध का प्रारूप रोगी के रोग एवं उसके उपचार के लिए महत्वपूर्ण तथ्य है। रोगी के चिकितसक से सांवेगिक अन्तर सम्बन्ध को चिकित्सीय पृष्ठभूमि में अन्तरण की संज्ञा दी जाती है। स्वीकारात्मक अन्तरण की प्रक्रिया चिकित्सक के लिए सफल निदान हेतु आवश्यक होती है। अन्तरण की सीमा रोग की गम्भीरता एवं उसकी अवधि पर आधारित होती है। चिकित्सीय व्यवस्था में साधारणतया निषेधात्मक अन्तरण अधिकतर व्याप्त होता है।

चिकित्सीय व्यवस्था में चिकित्सक रोगी अन्तरसम्बन्ध अधिकाधिक औपचारिक होता है परन्तु उसके अतिरिक्त भी कुछ ऐसी सामाजिक पृष्ठभूमि है जिससे चिकित्सक रोगी अन्तर्सम्बन्ध प्रभावित होता है। इन सामाजिक पृष्ठभूमियों मे सम्भवतः रोगी का घर एक ऐसी पृष्ठभूमि प्रस्तुत करता है जिसमे चिकित्सक रोगी सम्बन्ध का प्रारूप कुछ

और ही प्रकार का होता है। जब चिकित्सक रोगी के घर मे आता है तो उसके परिवार के सदस्यों से भी परिचित हो जाता है तथा अपनी दक्षता से लोगों को अवगत कराता हैं। इन्ही तथ्यों को ध्यान में रखते हुए चिकित्सीय पाठ्यक्रम में पर्यावरण को विशेष महत्व प्रदान किया जाने लगा है।

चिकित्सालय में चिकित्सक रोगी सम्बन्ध रोगी की अकर्मण्यता से अत्यधिक प्रभावित होता है। रोगी एक असहाय व्यक्ति के रूप में होता है। चिकित्सक से रोगी निदान के साथ हर सम्भव सुविधा की अपेक्षा करता है। यह चिकित्सालय व्यवस्था में सम्भव नहीं है। कभी – कभी चिकित्सक के साथ अपना सन्निकट सम्बन्ध स्थापित करके चिकित्सालय के अन्य सहकर्मियो को प्रभावित करता है जिससे वे भी उसके साथ अनौपचारिक सम्बन्ध स्थापित करें।

सारिणी संख्या 3.1 में विश्लेषण से स्पष्ट है कि अधिकांश चिकित्सक अपनी भूमिका मानव सेवा के रूप में मानते हैं जबकि सारिणी संख्या 3.2 से यह परिलक्षित होता है कि अधिकतर चिकित्सक अपनी भूमिका से संतुष्ट हैं। यद्यपि रोगियों की दृष्टि से देखा जाए तो चिकित्सक को अधिकतर चिकित्सक के रूप मे देखते हैं परन्तु काफी रोगी ऐसे भी हैं जो चिकित्सक को ईश्वरीय दृष्टि से भी देखते हैं। सारिणी संख्या 3.3 से ये दोनो ही बातें स्पष्ट होती हैं। सारिणी संख्या 3.4 से यह स्पष्ट है कि अधिकतर चिकित्सक अपने कार्यस्थलों पर सन्तुष्ट हैं। सारिणी संख्या 3.5 से यह पता चलता है कि अधिकतर रोगी इस पक्ष में हैं कि चिकित्सक अपनी भूमिका का सही ढंग से निर्वहन करते हैं।

सामाजिक सम्बन्ध समाज की आधारशिला और सार हैं। सामाजिक सम्बन्धों को परिभाषित करते हुए प्रसिद्ध जर्मन समाजशास्त्री **Max Weber** ने लिखा है कि

सामाजिक सम्बन्ध शब्द का प्रयोग अनेक कर्ताओ के एसे व्यवहार को स्पष्ट करने के लिए किया जाता है जो अर्थपूर्ण हो तथा एक दूसरे की क्रियाओं से प्रभावित होता है। सामाजिक सम्बन्धों के बारे में निम्नलिखित होना आवश्यक है –

1. दो या दो से अधिक व्यक्तियों का होना
2. उनमें पारस्परिक जागरूकता का होना
3. सम्पर्क और संचार की व्यवस्था का होना
4. उनमें सामाजिक अन्तःक्रिया का होना
5. सामाजिक अन्तःक्रिया का प्रतिमानित रूप एवं अर्थपूर्ण प्रभाव होना।

अमूर्तता, जटिल प्रकृति, अनिश्चित स्वरूप, स्थाई एवं अस्थाई प्रकृति, सहयोगी एवं असहयोगी प्रकृति, प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष, माप असम्भव आदि सामाजिक सम्बन्धों की कुछ प्रमुख विशेषताएं हैं। **P.A. Sorokin, Maxweber, F. Tonnies,** and **Charles** Cooley ने अपने – अपने दृष्टिकोणों से सामाजिक सम्बन्धों का वर्गीकरण प्रस्तुत किया है।

स्वास्थ्य और चिकित्सा प्रत्येक राष्ट्र की मूलभूत आवश्यकता है। चिकित्सा के सामाजिक आयाम को सामान्यतः उतना महत्व नहीं दिया गया जितना देना चाहिए था। परन्तु इस गलती को उत्तरोत्तर सुधारा जा रहा है तथा आज के वातावरण और स्वास्थ्य को लेकर सरकार भी बहुत प्रयत्नशील है तथा प्रचार के माध्यम से समाजवासियों को सजगता प्रदान कर रही है। अब यह स्वीकार किया जाता है कि रोग, स्वास्थ्य एवं चिकित्सा में सामाजिक सांस्कृतिक पक्ष की उपेक्षा नहीं की जा सकती है बल्कि इस ओर समाज भी अपने स्वास्थ्य को लेकर सजग होता जा रहा है।

आज जीवन का हर क्षेत्र अस्वस्थ है इसलिए यह समाज अपने स्वास्थ्य के प्रति

काफी सजग होता जा रहा है चाहे वह ग्रामीण हो या नगरीय। प्रस्तुत अध्ययन में चित्रकूट धाम मण्डल के मरीज या रोगियों एवं चिकित्सक या डाक्टर्स के सम्बन्धों का विश्लेषण प्रस्तुत किया गया है। प्रस्तुत अध्ययन में हमने 100 चिकित्सकों एवं 400 मरीजों को सम्मिलित किया है जो विभिन्न जाति, वर्ग, शिक्षा, व्यवसाय, सामाजिक परिस्थितियों आदि से सम्बन्धित हैं। इन्हें हम विभिन्न सारणीयन एवं विश्लेषण के अन्तर्गत स्पष्ट करने का प्रयास किया है। सारिणी संख्या 4.1 के विश्लेषण से स्पष्ट है कि अनुसूचित जाति के रोगियों की संख्या सर्वाधिक है। इसके बाद पिछडी जाति एवं सामान्य जाति का स्थान है। इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि 35 से 45 आयु वर्ग के रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इसके बाद 45 से 60 एवं 15–25 आयु वर्ग के रोगियों की संख्या है।

सारिणी संख्या 4.2 में रोगी उत्तरदाताओं की जाति एवं शैक्षिक योग्यता को दर्शाया गया है। इस सारिणी से ज्ञात होता है कि अनुसूचित जाति के रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। शैक्षिक क्रम में देखने से ज्ञात होता है कि हाईस्कूल योग्यता वाले उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इस सारिणी से यह पता चलता है कि सरकारी अस्पतालों मे गरीब व कमजोर वर्ग के मरीज ज्यादा आते हैं।

सारिणी सख्या 4.3 मे रोगी उत्तरदाताओं की आयु एवं व्यवसाय मे सम्बन्ध को दर्शाया गया है। इस सारिणी से यह ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो व्यवसाय में संलग्न हैं।

सारिणी संख्या 4.4 रोगी उत्तरदाताओं की जाति एवं आय से सम्बन्धित है। इस सारिणी से यह परिलक्षित होता है कि 1500–2500 आय वाले रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है। संख्या की दृष्टि से अनुसूचित जाति के रोगी उत्तरदाताओं

की संख्या सर्वाधिक है।

सारिणी सख्या 4.5 रोगी उत्तरदाताओं की आयु एवं पारिवारिक स्वरूप से सम्बन्धित है। इस सारिणी से यह पता चलता है कि एकांकी परिवार के रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि 25–35 आयुवर्ग के रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है।

सारिणी संख्या 4.6 रोगी उत्तरदाताओं का उपचार पद्धति में विश्वास सम्बन्धी विवरण से सम्बन्धित है। इस सारिणी से यह तथ्य निकलकर सामने आया कि ऐलोपैथिक पद्धति में विश्वास करने वाले लोगों की संख्या सर्वाधिक है। ऐलोपैथिक पद्धति के बाद लोगों का विश्वास आयुर्वेदिक पद्धति में है। यूनानी पद्धति के बारे में यहां के लोगों को बहुत ही कम जानकारी है।

सारिणी संख्या 4.7 रोगी के किसी चिकित्सक के पास बार – बार जाने के परिणामस्वरूप उत्पन्न सम्बन्ध को दर्शाती है। इस सारिणी से यह मालूम पड़ता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते है कि किसी डाक्टर के पास बार – बार जाने के फलस्वरूप उस चिकित्सक से भावनात्मक लगाव पैदा हो जाता है। इस सारिणी मे यह बता देना आवश्यक है कि हमने एक अच्छे डाक्टर के बारे में रोगियों के विचारों को जानने का प्रयास किया है।

सारिणी संख्या 4.8 मे रोगियो की दृष्टि मे एक चिकित्सक के आवश्यक गुणों को जानने का प्रयास किया गया है। इस सारिणी से यह बात उभरकर सामने आती है कि अधिकांश उत्तरदाता ऐसे चिकित्सक को सर्वोत्तम मानते है जो रोग के निदान में दक्ष हों।

सारिणी संख्या 4.9 में चिकित्सक द्वारा निःशुल्क दवा देने एवं मरीज के बीच

पनपने वाले सम्बन्ध को दर्शाया गया है। इस सारिणी से यह स्पष्ट होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते हे कि चिकित्सक द्वारा निःशुल्क दवा उपलब्ध कराने पर वे चिकित्सक की दयालुता पर कृतज्ञता ज्ञापित करते हैं जबकि दूसरे स्थान पर ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो चिकित्सक की लम्बी उम्र की कामना करते हैं।

सारिणी संख्या 4.10 में यह बताने का प्रयास किया गया है कि रोगी उत्तरदाता चिकित्सक द्वारा लिखी गयी दवा को कहां से खरीदता है। इस सारिणी से यह तथ्य परिलक्षित होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते हैं कि जहां या जिस दुकान से चिकित्सक दवा लेने के लिए कहते हैं वे लोग वहीं से दवा खरीदते हैं।

सारिणी संख्या 4.11 में यह जानने का प्रयास किया गया है कि क्या सरकारी अस्पताल के चिकित्सक रोगी को प्राइवेट अस्पताल या घर में आने को प्रेरित करते हैं। इस सारिणी में ऐसे उत्तरदाता सर्वाधिक हैं जो यह कहते हैं कि चिकित्सक प्राइवेट अस्पताल या घर आने को प्रेरित नहीं करते। सारिणी संख्या 4.12 मे यह जानने का प्रयास किया गया है कि क्या सरकारी अस्पताल के चिकित्सक मरीज को जांच हेतु किसी पैथालाजी की ओर प्रेरित करते हैं। इस सारिणी से यह स्पष्ट होता है कि अधिकतर चिकित्सक रोगियों को जांच हेतु किसी विशेष पैथालॉजी की ओर प्रेरित करते हैं।

सारिणी संख्या 4.13 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि क्या रोगी चिकित्सक से गुप्त रोगों के बारे मे खुलकर चर्चा करते हैं या नहीं। इस प्रश्न को हमने चिकित्सक उत्तरदाताओं से जानने का प्रयास किया है । इस सारिणी से यह बात

उभर कर सामने आती है ऐसे चिकित्सक उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि रोगी गुप्त रोगों के बारे मे उनसे खुलकर चर्चा नहीं करते।

सारिणी संख्या 4.14 में हमने यह जानने का प्रयास किया है कि डाक्टर के सम्मुख रोगी की कौन – कौन सी कमजोरियां उभरकर सामने आती हैं। इस सारिणी मे ऐसे चिकित्सक उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह कहते हे कि जब रोगी उनके पास दिखाने आता है तो वह ठीक प्रकार से रोग के लक्षणों को नहीं बता पाता। दूसरे स्थान पर ऐसे चिकित्सक उत्तरदाताओं की सर्वाधिक संख्या है जो रोगियो की भाषा व बोली का समझ में न आने को सबसे बड़ी कमजोरी मानते हैं।

सारणी संख्या 4.15 के माध्यम से हमने यह जानने का प्रयास किया है कि क्या रोगी उत्तरदाता दवा लेते समय एक्सपाइरी डेट का ध्यान रखते हैं अथवा नहीं इसमें हमने उत्तरदाताओं की शिक्षा के साथ सम्बन्ध स्थापित करके ज्ञात करने का प्रयास किया है। इस सारिणी से यह बात उभरकर सामने आयी कि जो रोगी उत्तरदाता जितना अधिक शिक्षित है वह एक्सपाइरी डेट के सम्बन्ध में उतना ही जागरूक है परन्तु इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या भी कम नहीं है जिन्हें एक्सपाइरी डेट के सम्बन्ध में कुछ ज्ञान ही नहीं है।

सारिणी संख्या 4.16 के माध्यम से चिकित्सक उत्तरदाताओं की शैक्षिक योग्यता एवं रोगी उत्तरदाताओं के प्रति व्यवहार सम्बन्धी विवरण को जानने का प्रयास किया है। इस सारिणी से पता चलता है कि ऐसे चिकित्सकों की संख्या सर्वाधिक है जो अपने रोगियों से मृदुभाषीपूर्ण व्यवहार करते हैं।

सारिणी संख्या 4.17 के माध्यम से चिकित्सक की आयु एवं रोगी से व्यवहार सम्बन्धी विवरण को दर्शाने का प्रयास किया गया है। इसे शोधार्थिनी ने अपनी दृष्टि

से अवलोकित कर सारणीयन के माध्यम से स्पष्ट किया है। इस सारिणी से ज्ञात होता है कि ऐसे चिकित्सक सर्वाधिक हैं जो रोग के निदान मे निपुण हैं। इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि ऐसे चिकित्सकों की संख्या भी कम नहीं है जो रोगियों के साथ मृदुभाषी व्यवहार करते हैं।

सारिणी संख्या 5.1 उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं स्वयं के इलाज के दवाओं के चयन के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण से सम्बन्धित है। इस सारिणी से यह ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो विज्ञापन के आधार पर या विज्ञापनों में दवाओं के प्रचार देखकर उनका चयन करते हैं। शैक्षिक दृष्टि से देखने पर ज्ञात होता है कि प्राथमिक शिक्षा वाले रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है। इसके बाद इण्टरमीडिएट वाले उत्तरदाताओ की संख्या सबसे अधिक है।

सारिणी संख्या 5.2 रोगी उत्तरदाताओं की शिक्षा रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह बात स्पष्ट होती है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओ की संख्या सबसे अधिक है जो बीमार पड़ने पर या रोग के गंभीर होने पर उसके निदान हेतु सरकारी चिकित्सालय जाते हैं। इसके बाद ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक नजर आती है जो बीमार पड़ने पर या रोग के गंभीर होने पर उसके निदान हेतु स्थानीय अस्पतालों मे जाते हैं। शैक्षिक स्थिति को देखने पर पता चलता है कि प्राथमिक शिक्षा वाले रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इसके बाद हाईस्कूल एवं जूनियर हाईस्कूल शिक्षा वाले रोगी उत्तरदाताओं का स्थान है।

सारिणी संख्या 5.3 उत्तरदाताओं की जाति एवं रोग निदान की गम्भीरता के प्रति दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह स्पष्ट होता है कि स्थानीय अस्पतालों में जाने वाले रोगियों की संख्या सबसे अधिक है। स्थानीय अस्पताल का

तात्पर्य तहसील, विकासखंड एवं न्याय पंचायत स्तर पर स्थापित अस्पतालों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों से है। स्थानीय अस्पताल के बाद ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो रोग के निदान हेतु सरकारी अस्पताल मे जाते हैं। रोगियों की संख्या पर इस सारिणी से यह पता चलता है कि अनुसूचित जाति के लोगों की संख्या सबसे अधिक है। इसका कारण यह है कि अपनी कमजोर आर्थिक स्थिति के कारण ये लोग प्राइवेट अस्पताल नहीं जा पाते।

सारिणी संख्या 5.4 उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं मौसमी बीमारी के उपचार के सम्बन्ध मे दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह पता चलता है कि जो लोग मेडिकल स्टोर्स या दवाखाने से दवा लेकर मौसमी बीमारी का उपचार करते हैं उनकी संख्या सर्वाधिक है। इसके बाद ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो चिकित्सक की सलाह पर मौसमी बीमारियों का उपचार करते हैं। इस दृष्टिकोण में शैक्षिक स्थिति पर नजर डालने पर स्नातक उत्तरदाताओं की संख्या सबसे ज्यादा है। इसके बाद जूनियर हाईस्कूल वाले उत्तरदाताओं का स्थान है।

सारिणी संख्या 5.5 उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं सरकारी अस्पताल से मिलने वाली दवा के सम्बन्ध में दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो सरकारी अस्पतालों से मिलने वाली दवाओं की विश्वसनीयता के प्रति संदेह व्यक्त करते हैं। इसके अतिरिक्त इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या भी कम नहीं है जो यह कहते हैं कि अस्पताल से जो दवा मिलती है वे उनके समझ से परे है। शैक्षिक दृष्टि से यह बात सामने आती है कि प्राथमिक शिक्षा वाले रोगी उत्तरदाता सर्वाधिक हैं। इसके बाद जूनियर हाईस्कूल वाले रोगी उत्तरदाताओं का स्थान है।

सारिणी संख्या 5.6 रोगी उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं चिकित्सक के न मिलने के सम्बन्ध में दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह पता चलता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि चिकित्सक अपनी प्राइवेट प्रैक्टिस के कारण अस्पताल में नहीं मिलते। दूसरे स्थान पर ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या है जिनका कहना है कि चिकित्सकों की कमी की वजह से उपस्थित चिकित्सकों पर कार्य का ज्यादा बोझ रहता है इस कारण वे भी समय से नहीं आते।

सारिणी संख्या 5.7 सरकारी चिकित्सा व्यवस्था एवं रोगियों के असंतुष्टि से सम्बन्धित है। इस सारिणी में ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह मानते हैं कि वे सरकारी चिकित्सा व्यवस्था से इसलिए असंतुष्ट है क्योकि चिकित्सक कभी भी समय से नहीं मिलते। दूसरे नम्बर पर ऐसे रोगियों की संख्या है जो अनावश्यक जांचे, अनावश्यक औपचारिकताओं से इतने परेशान हो जाते हैं कि वे कभी भी इस व्यवस्था से सन्तुष्ट नजर नहीं आते।

सारिणी संख्या 5.8 रोगी के ठीक होने की स्थिति एवं डाक्टर के बारे में दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह पता चलता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की सर्वाधिक संख्या है जो यह मानते हैं कि जो डाक्टर रोग ठीक कर देता है तो भविष्य में इसी के पास जाने का मन करता है। सारिणी संख्या 5.9 रोगी के ठीक न होने की स्थिति एवं चिकित्सक के बारे में दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह स्पष्ट होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि यदि रोगी ठीक नहीं होता तो इसमें चिकित्सक की ही लापरवाही होती है।

सारिणी संख्या 5.10 चिकित्सक के दृष्टिकोण में रोगी के रोग ठीक न होने के कारणों पर आधारित है। इस सारिणी से यह पता चलता है कि ऐसे चिकित्सकों की

संख्या सबसे अधिक है जो यह मानते हैं कि रोगी के समयानुसार अस्पताल न आ पाने के कारण वह रोग से छुटकारा नहीं पा पाता। दूसरे स्थान पर ऐसे चिकित्सकों की संख्या सबसे अधिक है जो यह कहते हैं कि दवा समय से न लेने के कारण रोगी का रोग समय से ठीक नहीं हो पाता।

सारिणी संख्या 5.11 चिकित्सक द्वारा लिखी गयी दवा क्रय सम्बन्धी दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी के अवलोकन से स्पष्ट होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो चिकित्सक द्वारा लिखी गयी दवा को पूरी न खरीदकर पहले कुछ दिन की ही खरीदते हैं या लेते हैं।

सारिणी संख्या 5.12 चिकित्सालय स्टाफ कर्मियों के व्यवहार के सम्बन्धों में रोगियों के दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी के विश्लेषण से स्पष्ट है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह मानते हैं कि चिकित्सालय के स्टाफ कर्मियों का उनके साथ नकारात्मक रवैया रहा है।

सारिणी संख्या 5.13 उत्तरदाताओं की शिक्षा एवं चिकित्सक से परिवार नियोजन सम्बन्धी परामर्श पर आधारित है। इस सारिणी से यह पता चलता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो चिकित्सक से परिवार नियोजन के सम्बन्ध में चर्चा नहीं करते हैं। शिक्षा की दृष्टि से देखा जाए तो प्राथमिक शिक्षा वाले रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है।

सारिणी संख्या 5.14 विभिन्न प्रकार की संक्रामक बीमारियों और उनके प्रति चिकित्सक के व्यवहार पर आधारित है। इस सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक है जो यह मानते हैं कि चिकित्सक संक्रामक बीमारियों से ग्रसित रोगियों को गंभीरता से लेते हैं। सारिणी संख्या 5.15 रोगी

उत्तरदाताओं की संख्या एवं कुष्ठ रोगियों से व्यवहार सम्बन्धी दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारणी से यह स्पष्ट होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह मानते है कि यदि उनके घर में या पड़ोस में कुष्ठ रोगी है तो वे उसे चिकित्सा की सलाह देंगे।

सारिणी संख्या 5.16 रोगी उत्तरदाताओं की संख्या एवं सरकारी चिकित्सक के पास जाने सम्बन्धी दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह स्पष्ट होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह मानते हैं कि दवा निःशुल्क मिलने के कारण वे सरकारी अस्पताल जाते हैं। इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या भी कम नहीं है जो यह मानते हैं कि पैसा कम लगने के कारण वे सरकारी अस्पताल जाते हैं।

सारिणी संख्या 5.17 चिकित्सकों के दृष्टिकोण में मरीजों की स्थिति पर आधारित है। इस सारिणी के विश्लेषण से स्पष्ट होता है कि ऐसे चिकित्सक उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह मानते हैं कि सरकारी चिकित्सालयों में जो मरीज आते हैं वे निम्न वर्ग से सम्बन्धित होते हैं। उच्च एवं मध्यम आर्थिक स्थिति वाले मरीज तो अपना इलाज प्राइवेट अस्पताल मे भी करा सकते हैं परन्तु निम्न वर्गीय मरीजों के पास इतना पैसा नहीं होता कि वे अपना इलाज प्राइवेट अस्पताल में करा सकें।

सारिणी संख्या 5.18 मौसम में रोगी उत्तरदाताओं के बीमार पड़ने सम्बन्धी दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह कहते हैं कि वे अधिकांशतयाः गर्मी के मौसम मे बीमार पड़ते हैं। इस सारिणी से यह भी पता चलता है कि गर्मी के बाद

जिस मौसम मे रोगी सबसे ज्यादा बीमार पड़ते हैं, वह बरसात का मौसम है।

सारिणी संख्या 5.19 रोगी उत्तरदाताओं का महिला मरीज को दिखाने सम्बन्धी दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी के अवलोकन से ज्ञात होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो यह कहते हैं कि वे महिला मरीज को महिला चिकित्सक से ही दिखाना पसंद करेंगे। इनका यह भी कहना है कि महिला मरीज महिला चिकित्सक को अपनी बीमारी के बारे में अच्छी तरह से बता सकती है, समझा सकती है।

सारिणी संख्या 5.20 रोगी उत्तरदाताओं की संख्या एवं चिकित्सालय से मरीज के घर की दूरी सम्बन्धी दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी से यह स्पष्ट होता है कि ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जिनकी अस्पताल से घर की दूरी 5–10 किलोमीटर है। दूसरे स्थान पर ऐसे रोगी उत्तरदाताओं की संख्या है जिनकी अस्पताल से घर की दूरी 35–40 किलोमीटर के अन्दर है।

सारिणी संख्या 5.21 रोगी उत्तरदाताओं की संख्या एवं चिकित्सक के पास आने के लिए अपनाए गए साधन सम्बन्धी विवरण पर आधारित है । इस सारिणी के विश्लेषण से ज्ञात होता है कि ऐसे उत्तरदाताओं की संख्या सबसे अधिक है जो अस्पताल जाने के लिए साईकिल का सहारा लेते हैं।

सारिणी संख्या 5.22 विभिन्न मौसमों में होने वाली बीमारियों के सम्बन्ध में रोगी के दृष्टिकोण पर आधारित है। इस सारिणी के विश्लेषण से स्पष्ट है कि गर्मियों में लू से, सर्दियों में जुकाम से एवं बरसात में मलेरिया से सबसे ज्यादा रोगी उत्तरदाता पीड़ित रहते हैं।

चिकित्सा हर वर्ग के लिए कभी न कभी जरूरी हो जाती है। बदलते समय में

मंहगी अर्थव्यवस्था में जहाँ प्राइवेट चिकित्सा का मंहगा होना स्वाभाविक है, वहीं सरकारी चिकित्सा की नियत से जाने पर सरकारी अस्पतालों मे चिकित्सकों का टोटा होना, चिकितसक का न मिलना आदि कमजोर वर्ग को पीड़ित करने जैसा है जिसके कारण निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि चिकित्सा अब गरीब एवं कमजोर व्यक्ति के लिए आसान नहीं है। एक ओर जहां अस्पतालों मे चिकित्सक हमेशा गायब रहते हैं वहीं दूसरी तरफ सरकार की निःशुल्क चिकित्सा मुहैया कराने की योजनाएं प्रायः कागजों तक ही सिमट कर रह गयी है। सरकारी अस्पतालों में मिलने वाली निःशुल्क दवाओं के नाम पर आज भी वही वर्षो पुरानी परिपाटी जारी है जिसमें मुटठी भर के टेबलेट दे दी जाती है जो प्रायः एक ही साल्ट पैरासीटामोल आदि की होती हैं जबकि बदलते समय में सैकड़ो नए साल्ट इजाद हो गए हैं।

वर्तमान परिवेश में चिकित्सा प्राइवेट रूप से बहुत ही मंहगी होती जा रही है जिसका लाभ उठाने के लिए रोज नए – नए नर्सिंग होम खोले जा रहे हैं और पूंजीपति एवं सबल व्यापारी वर्ग इसमें अपना निवेश करने से चूक नहीं रहे हैं। इस चिकित्सा के बढते बोलबाले ने हर सरकारी चिकित्सक को भी अपनी तरफ आकर्षित करने का प्रयास किया है जिसका परिणाम प्रत्येक सरकारी चिकित्सक किसी न किसी नर्सिंग होम से, प्राइवेट अस्पताल से अपने को जोड़े हुए है और लाखों रूपये मासिक का लाभ उठा रहे हैं जबकि सरकारी वेतन एवं अन्य परिलब्धियां उनके लिए अतिरिक्त रूप से रहती हैं। प्राइवेट अस्पतालों में मरीजों की सुख सुविधा एवं समुचित इलाज का राग भी यही वो चिकित्सक प्रायः अलापते हुए देखे जा सकते हैं जो सरकारी चिकित्सा से जुड़े होते हैं और मरीजों को सरकारी अस्पताल में फौरी रूप से देखकर प्राइवेट नर्सिंग होम के लिए रिफर करके अपने लाभ के लिए हमेशा सोचते रहते हैं।

इस प्रकार आज की चिकित्सा हर तरह से उस व्यक्ति के लिए मील का पत्थर हो गयी है जो व्यक्ति कमजोर है एवं आर्थिक रूप से पिछड़ेपन का सामना कर रहा है। कमजोर व्यक्ति यदि सरकारी चिकित्सालय में चिकित्सा लेने के लिए सारी भ्रान्तियों को भुलाकर जाता भी है तो तीन या चार बार जाने पर उसे एक बार सम्बन्धित चिकित्सक के दीदार हो पाते हैं। इसके बाद शुरू होती है उस डाक्टर की चिकित्सा प्रणाली, आला उठाते ही पेन को हाथ में लेकर एक कागज पर तीन लाइन लिख दी जाती है और कह दिया जाता है कि अगले सप्ताह आना। मरीज द्वारा दवा के नाम पर दवाखाने से चन्द सफेद नीली, पीली टेबलेट लेकर अपने घर की ओर दिशा कर ली जाती है और उसकी प्रारम्भिक चिकित्सा समाप्त हो जाती है मगर इन्हीं दिनों उसे जब एहसास होता है कि अभी वो अपने को ठीक महसूस नहीं कर रहा है तो पुनः अपनी चिकित्सा के लिए आवश्यक सम्भावनाओं को तलाशने लगता है मगर इस बार उसकी स्वयं की इच्छा ही नहीं होती है कि वह सरकारी अस्पताल में अपना इलाज कराए और वह ढूँढने लगता है किसी प्राइवेट चिकित्सक को। मरीज कमजोर वर्ग का भी है और गम्भीर रूप से बीमार भी। विडम्बना यह है कि उसके पास प्राइवेट चिकित्सक से प्राइवेट इलाज कराने के लिए न तो धन है और न ही कोई अच्छा ठहरने का साधन। चिकित्सक की सलाह पर उसे किसी नर्सिंग होम मे भर्ती होकर इलाज कराने पर बाध्य होना पड़ता है चाहे इसके बदले उसे अपनी रही सही सम्पत्ति का विक्रय करना पड़े।

प्राइवेट चिकित्सक द्वारा जहां अपना शुल्क, नर्सिंग होम का चार्ज तो लिया ही जाता है वहीं इलाज हेतु बाजार से लिखी जाने वाली दवा जो प्रायः आज के दौर में बहुत कीमती होती है, को भी खरीदने के लिए कहा जाता है। मरता क्या नहीं करता, मरीज बाजार से दवा लाकर अपने को स्वस्थ करने के लिए तैयार हो जाता है। निजीकरण में

जहां चिकित्सक अपना लाभ, शुल्क लेकर करता है तो वही नर्सिंग होम में कमीशन, दवा स्टोर से कमीशन एवं विभिन्न जांचो के लिए पॅथालॉजी से कमीशन, एक्स रे, अल्ट्रासाउण्ड से कमीशन, मेडिकल रिप्रेजेन्टेटिव द्वारा दिया जाने वाला आकर्षक उपहार आदि से भी भारी लाभ कर लेता है जिसमें हर तरह से मरीजों का शोषण होता है जिसे सम्पन्न लोग तो किसी भी प्रकार से झेल जाते है मगर कमजोर एवं मजदूर पिछड़ा वर्ग इसे बमुश्किल झेल पाता है।

सरकारी चिकित्सा जिसमें शासन प्रत्येक वर्ष करोड़ों रूपये का बजट स्वयं सेवाओं एवं चिकित्सा प्रणालियों पर खर्च करता है विभिन्न सरकारी अस्पतालों में रखरखाव, चिकित्सा संयत्र आदि के लिए सरकार द्वारा भेजे गए धन को खर्च कियां जाता है जिसमें सरकारी अस्पताल से वितरित होने वाली दवाओं के लिए भी बजट निर्धारित होता है। सरकारी अस्पतालों में लम्बे समय से चल रही दवा वितरण प्रणाली पर गौर करें तो निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि आज भी उसी साल्ट की दवा सरकारी अस्पतालों मे वितरित होती है जो 20–30 वर्ष पहले होती थी जबकि आज नए नए एन्टिबायटिक, एन्टी एलर्जिक, एन्टिफंगल, एन्टिकफ आदि साल्ट खोजे जा चुके हैं। बुखार उतारने एवं दर्द खत्म करने सम्बन्धी दवाओं का जो उपयोग सरकारी अस्पतालों मे होता है वह भी पुराना है। पैरासीटामॉल एवं डाइक्लोफेनिक सोडियम की दवा देकर आज भी बुखार एवं दर्द को नियंत्रित किया जा रहा है जबकि आज हमारे पास न्यूमोसुलाइड आदि नए साल्ट हैं मगर सरकारी अस्पतालों में ऐसी दवाओं को नहीं दिया जाएगा। क्या चिकित्सा विशेषज्ञ इस बात पर ध्यान नहीं देते कि बदलते समय के साथ एवं पर्यावरण के बदलते रूख के साथ मरीज के शरीर का रेजिस्टेंस बढ चुका है और उसको आज सिफोफलोक्लासिन एन्टी बायटिक की जगह स्पारुलोक्सासिन या

ओफलोक्सासिन दिया जाना चाहिए। डाक्टर जब प्राइवेट रूप से मरीज को देखेगा तो इस प्रकार की दवाइयॉ लिखता है मगर सरकारी दवा भण्डार मे ऐसी दवा न होने का रोना वो रोते रहते हैं। चिकित्सा विभाग द्वारा विशेषज्ञों की सलाह लेकर दवा आपूर्ति कम्पनी को दवा के आधुनिक एवं सर्वाधिक अच्छे प्रयोगशील एवं उत्तम परिणामों वाले फार्म की आपूर्ति करने को कहा जाना चाहिए ताकि सरकारी रूप से वितरित की जाने वाली दवा को लोग खडिया या टोटल मिटटी न समझें ओर अनुपयोगी मानकर किसी कूड़ेदान मे न डाल दें। साथ ही सरकार को स्वास्थ्य विभाग को बजट निर्गत करते समय अस्पतालों में मशीनरी पर खर्च करने के प्रति आश्वासन भी लेना चाहिए ताकि अल्ट्रासाउण्ड, एक्सरे ,सीटीस्कैन, कार्डियो जैसी मशीनें हर अस्पताल में हों और ग्रामीण एवं कमजोर वर्ग के मरीज को सरकारी चिकित्सा सेवाओं पर विश्वास बना रहे।

इस प्रकार स्वास्थ्य सेवाओं को जिन्हें आवश्यक सेवाओं में माना जाता है, पर विशेष ध्यान दिया जाना आवश्यक है क्योंकि शासन द्वारा जिस नीति के तहत बजट का निगमन किया जाता है, चिकित्सकों को जो वेतन आदि दिया जाता है, व्यवस्थाओं पर जितना खर्च किया जाता है, स्वास्थ्य केन्द्रों पर चिकित्सा उतनी मुश्तैदी से नहीं हो रही है। अस्पतालों पर मरीजों की लम्बी कतार तो प्रत्येक दिन देखने को मिल जाएगी मगर चिकित्सकों का गायब रहना एवं यदि वो है तो उसके द्वारा की जा रही चिकित्सा भी सन्देह की स्थिति उत्पन्न करने जैसी रहती है। सरकार जहां रोज स्वास्थ्य कैम्प एवं स्वास्थ्य मेले लगाकर चिकित्सा देने का संकल्प लिये है वहीं चिकित्सा केन्द्रों पर हो रही ऐसी चिकित्सा से आम आदमी का विश्वास उठना स्वाभाविक है। व्यवस्था ठीक करना है तो चिकित्सकों पर लगाम कसना आवश्यक है।

अध्याय सप्तम

- पुस्तक विवरण एवं संदर्भ
- साक्षात्कार अनुसूची
- छायाचित्र

संदर्भ ग्रन्थ सूची

1. Ahuliwalia, Anita : Sociology of Medicine and Social Anthropology.

2. Dr.Advani, Mohan : Doctor Patient Relationship in General Hospitals.

3. Dr. Advani, Mohan : Social Aspect of Rural Health Services.

4. Bhatia, G.S. : Indegenous Medicine Practioners and their Attitude towards Proposed Health Schemes.

5. Bloom, S. : The Doctor and His Patient.

6. Bogardus, Emory, S. : Introduction to Social Research, 1936

7. Dr. Chandani, Ambika : A Sociological Study of the Doctor of Jodhpur City.

8. Canon, Valter, B. : The Wisdom of Body.

9. Cohel, Joseph : The American Class Structure.

10. Dr.Chaturvedi, J.C. : Mathematical Statistics.

11. Dr. Chandani, Ambika : The Medical Profession : A Sociological Exploration.

12. Dubey, S.M : Social Mobility among the professions in a Transitional Indian city

13. Davis, Kingsley : Human Society.

14. Denton : Medical Sociology.

15 Fairchild H.P. : Dictionary of Sociology.

16 Freeman, H. : Handbook of Medical Sociology

17. Foucault, Michel : Madness and Civilization : The Birth of the Clinic.

18. Freidson, Eliatt : Sociology of Medicine Current Sociology, 1961

19. Gupta, Giri Raj : Main Currents in Indian Sociology.

20. Goode, William J. and Hatt Paul.K. : Methods in Social Research, Mc Grow Hill Book Company Inc. New York, 1952

21. Hall, Oswald : Sociological Research in the Field of Medicine, 1951

22. Hasan, A. : Health, Culture and Community.

23. Illych, Ivan : Medical Nemesis.

24. Jelliffe, D.B. : Social Culture and Nutrition.

25. Jaco, F.Gartely : Patient, Physicians and Illness.

26. Kings, S.H. : Social Psychological Factors in Illness.

27. Lesely, Charles : Modern India's Anciant Medicinal Transiction,1969

28. Lavania, B.K. : Medical Sociology.

29. Lavania, B.K : Sociology of Health.

30. Mc. Cromic, Thomas Carson : Elementary Social Statistics, 1941

31. Merton, R.K : The Student Physician.

32. Mathur, Indu : Interaction in an Organization.

33. Madan, G.R : Indian Social Problems.

34. Madan T.N. : Doctors and Society.

35. Madan, T.N. : Doctors in a North Indian City, Recruitment, Role, Perceptation and Role Performance.

36. Mehta, S.R., : Sociology of Health and Medical Care, 1982

37. Mechanic David : Medical Sociology.

38. Macanovitch, Minoco, K. : Medical Sociology, 1980

39. MacIver, R.M and Page.C.H. : Society.

40. Moser, C.A : Survey Methods in Social Investigation, 1961

41. Noel, Poyntes : Medicine and Man.

42. Omman T.K. : Doctors and Nurses : A study in Occupational Role

43. Paul, D.D. : Health, Culture and Community.

44. Pearson, Karl : The Grammer of Sciences

45. Palmer, V.M : Field Studies in Sociology

46. Parsons, Talcott : The Social System, 1951

47. Reader and Candal : Contribution of Sociology to Medicine Handbook of Medical Sociology

48. Srivastav, A.L. : Development of Indian Medical Sociology

49. Srivastav, A.L : Synopsis of Medical Sociology.

50. Staruss, Robert : The Nature and Status of Medical Sociology, 1975

51. Sharma S.L : A Study of Professions in India, 1974

52. Sharma, M.I.D and Tiwari, T.R. : An Exploratory Study of Integrated Health Services in India.

53. Theodarson and Theodorson. : A Modern Dictionaryof Sociology.

54. Vankataraman, T. : Medical Sociology in an Indian Setting.

55. Walf, W.G : Stress and Disease.

56. Weber, Max : Theory of Social and Economic Organization.

57. Young, P.V : Scientific Social Survey and Research Asia Publishing House. Bombey 1960

58. Yang, Psin Pao : Fact Finding with Rural People.

59. श्रीवास्तव, रमेशचन्द्र : बांदा वैभव

60. बुन्देली राधाकृष्ण : बुन्देलखण्ड का ऐतिहासिक मूल्यांकन

साक्षात्कार अनुसूची

चित्रकूट धाम में सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सा अधिकारियों एवं मरीजों के परस्पर सम्बन्धों एवं दृष्टिकोणों का समाजशास्त्रीय अध्ययन

शोधार्थिनी : श्रीमती अन्जू शिवहरे   शोध निदेशक : डा0 पी0सी0तायल

1. आपका नाम क्या है ?.....................................

2. आपकी उम्र क्या है ?

   (i) 15 से 25 (ii) 25 से 35 (iii) 35 से 45 (iv) 45 से 60

3. आपकी मासिक आय क्या है ?

   (i) 1500–2500 (ii) 2500–3500 (iii) 3500–4500 (iv) 4500–5500

   (v) 5500–6500 (vi) 6500–7500 (vii) 7500 से अधिक

4. आपकी जाति क्या है ?

   (i) सामान्य (ii) पिछड़ी (iii) अनूसूचित

5. आपका धर्म कौन सा है ?

   (i) हिन्दू (ii) मुस्लिम (iii) सिक्ख (iv) ईसाई

   (v) जैन (vi) अन्य

6. आपकी शैक्षिक योग्यता क्या है ?

   (i)प्राथमिक (ii) जूनियर हाईस्कूल (iii) हाईस्कूल (iv) इण्टरमीडिएट

   (v)स्नातक (vi)परास्नातक (vii)अन्य

7 आपका मूल निवास कहां है ?

   (i) ग्राम (ii) कस्बा (iii) शहर

8 आपका परिवार कैसा है ?

(i) एकांकी (ii) संयुक्त

9 आपकी पारिवारिक स्थिति कैसी है ?

(i) उच्च (ii) मध्यम (iii) निम्न

10 आपका व्यवसाय क्या है ?

(i) कृषि (ii) नौकरी (iii) व्यवसाय (iv) अन्य

11 परिवार को सीमित रखने के लिए क्या आप चिकित्सक या चिकित्साकर्मी की सलाह लेते है ?

(i) हां (ii) नहीं

12 आप अपनी व अपने परिवार के किसी सदस्य के बीमार होने पर क्या करते हैं ?

(i) अस्पताल जाते हैं (ii) स्वयं घर पर दवा करते हैं (iii) झाड़ फूंक करवाते है

13 आप इलाज की किस पद्धति में विश्वास करते है ?

(i) एलोपैथिक (ii) आयुर्वेदिक (iii) होम्योपैथ (iv)यूनानी

14 आप महिला मरीज को किस चिकित्सक को दिखाना पसन्द करते है ?

(i) महिला चिकित्सक (ii) पुरूष चिकित्सक (iii) दोनों से

15 आप किस जगह इलाज करवाना अच्छा समझते है ?

(i) सरकारी अस्पताल मे (ii) प्राइवेट अस्पताल में

16 आप ज्यादातर किस प्रकार की बीमारी से प्रभावित होते है ?

(i) बुखार (ii) जुकाम (iii) खांसी (iv)अन्य

17 आप किस चिकित्सक को दिखाना अधिक उचित समझते है ?

(i) परिचित चिकित्सक (ii) अपरिचित चिकित्सक

18 आप किस मौसम में ज्यादातर बीमार होते है ?

(i) गर्मी (ii) सर्दी (iii) बरसात

19 अगर आप गर्मी मे बीमार होते है तो किस प्रकार की बीमारी से प्रभावित होते है

(i) लू (ii) बुखार (iii) उल्टी – पल्टी (iv) दस्त

(v) हैजा (vi) चेचक (vii) अन्य

20 अगर आप सर्दी में बीमार होते है तो किस प्रकार की बीमारी से प्रभावित होते है

(i) जुकाम (ii) बुखार (iii) खांसी (iv) एलर्जी

(v)दमा (vi)अन्य

21 अगर आप बरसात मे बीमार होते है तो किस प्रकार की बीमारी से प्रभावित होते है ?

(i) मलेरिया (ii)पीलिया (iii)खसरा (iv)उल्टी व दस्त

(v)चर्मरोग (vi)डेंगू (vii)बुखार (vii)अन्य

22 यदि आपका रोग ठीक नहीं हो रहा तो क्या आप डाक्टर बदल देंगे ?

(i) हां (ii) नहीं

23 यदि आपका रोग आपको गंभीर रोग लगता है तो आप कहाँ जाना पसंद करते है ?

(i) सरकारी अस्पताल (ii) प्राइवेट अस्पताल (iii) स्थानीय अस्पताल

24 क्या आप विशेष परिस्थिति (बीमारी) मे विशेषज्ञ को दिखाते है ?

(i) हां (ii) नहीं

25 क्या आप बीमार होने पर घरेलू चिकित्सा भी करते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

26 आप सरकारी चिकित्सक के पास जाना क्यों पसंद करते है ?

(i) सही सलाह के कारण (ii) पास में उपलब्ध होने के कारण

(iii) निःशुल्क दवा मिलने के कारण (iv) पैसा कम लगने के कारण

(v) चिकित्सा में दक्ष होने के कारण

27 क्या आपको सरकारी चिकित्सालयों में निःशुल्क दवा प्राप्त होती है ?

(i) हां (ii) नहीं

28 क्या आप अपनी बीमारी सम्बन्धी समस्याओं के निराकरण के लिए सरकारी अस्पतालों में जाना उचित समझते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

29 आपको स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी कहाँ से प्राप्त होती है ?

(i) किताबों से (ii) समाचार पत्रों से (iii) रेडियो, टेलीविजन से

(iv) स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से

30 क्या आप स्वास्थ्य संगोष्ठी मे भाग लेते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

31 क्या आप टेलीविजन या समाचार पत्रों के विज्ञापन देखते हैं ?

(i)हां (i)नहीं

32 आपके अनुसार दवाओं के उपभोग में प्रचार का क्या महत्व है ?

(i) सामान्य (ii) बहुत अधिक (iii) बिलकुल नहीं

33 आपको इन दवाओं की जानकारी कहाँ से मिलती है ?

(i) समाचर पत्रों से (ii) चिकित्सक से (iii)परिवारिक सदस्यों से

(iv) टेलीविजन से (v)अन्य

34 क्या आप स्वास्थ्यवर्धक दवाओं का प्रयोग भी करते है ?

(i) हां (ii) नहीं

35 आप स्वयं के इलाज के लिए दवाओं का चयन कैसे करते हैं ?

(i) अनुभव के आधार पर (ii) विज्ञापन के आधार पर

(iii) सलाह के आधार पर (iv) सुविधा के आधार पर

36 क्या आप झाड़फूंक मे विश्वास करते है ?

(i) हां (ii) नहीं

37 यदि आपके घर में या पड़ोस में कुष्ठ रोगी है तो उसे आप किस दृष्टि से देखेंगे

(i) कृपा की दृष्टि से (ii) चिकित्सा की सलाह देगे

(iii) सहानुभूति रखेंगे (iv) उसके कर्मो का फल मानेंगे

38 बच्चों व महिलाओं के टीकाकरण की जानकरी आपको किससे प्राप्त होती है ?

(i) रेडियो व टेलीविजन से (ii) पत्र पत्रिकाओं से

(iii) स्वास्थ्य कार्यकर्ताओ से (iv) अन्य से

39 टीकाकरण को यदि आप उचित समझते हैं तो टीकाकरण कैसे करवाते है ?

(i) नियमित (i) अनियमित (iii)कभी – कभी

40 सघन पल्स पोलियो का जो कार्यक्रम चल रहा है उसके बारे में आपकी क्या राय है ?

(i) उचित हो रहा है (ii) अच्दा हो रहा है (iii) बहुत अच्छा हो रहा है

41 क्या आप अस्पताल के स्टाफकर्मियों की सेवाओ से संतुष्ट है ?

(ii) हां (ii) नहीं

42 क्या आपको चिकित्सालय में चिकित्सक हमेशा मिलते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

43 क्या आप सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सकों के व्यवहार से सन्तुष्ट हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

44 क्या आप सरकारी चिकित्सालयों के चिकित्सकों की परामर्श से सन्तुष्ट हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

45 क्या सरकारी अस्पतालों में सभी प्रकार की बीमारियों के लिए दवायें उपलब्ध हैं?

(i) हां (ii) नहीं

46 चिकित्सालय में दवा न मिलने पर आप क्या करते हैं ?

(i) स्थानीय दुकान से खरीदते हैं (ii) बाहर से दवा खरीदते हैं

47 चिकित्सक के अस्पताल में न मिलने पर आप क्या करते हैं ?

(i) घर लौट जाते हैं (ii) उच्च अधिकारियो से शिकायत करते हैं

(iii) कम्पाउंडर से दवा ले जाते हैं

48 यदि आप किसी चिकित्सक के पास बार – बार इलाज के लिए जाते है तो आपको कैसा लगता है ?

(i) डाक्टर मित्र लगने लगता है

(ii) डाक्टर के प्रति भावनात्मक जुडाव पैदा हो जाता है

(iii) डाक्टर के प्रति सम्मान व श्रृद्धा बढ़ने लगती है

(iv) कुछ नहीं होता है।

49 आपकी दृष्टि मे एक चिकित्सक में कौन कौन से आवश्यक गुण होने चाहिए ?

(i) डाक्टर मृदुभाषी हो (ii) रोग के निदान मे निपुण हो

(iii) घमंडी न हो (iv) मरीज को समझाने मे दक्ष हो

50 यदि कोई चिकित्सक अपने पास से आप निःशुल्क दवा देता है तो आप क्या करते है ?

(i) डाक्टर की लम्बी उम्र की कामना (ii) डाक्टर की दयालुता के प्रति कृतज्ञता

(iii) उपरोक्त दोनो (iv)डाक्टर को बदले मे अपने पास उपलब्ध वस्तुएं देना

(v) कुछ नहीं।

51 आप दवा कहाँ से लेते हैं ?

(i) जहां डाक्टर कहते है (ii) अपनी पहचान की दुकान से

(iii) किसी भी दुकान से (iv)कम्पाउण्डर की सलाह पर

52 क्या चिकितसक आपको किसी प्राइवेट अस्पताल या घर आने को प्रेरित करता है?

(i) हां (ii) नहीं

53 क्या चिकित्सक आपको किसी विशेष पैथालाजी की ओर प्रेरित करता है ?

(i) हां (ii) नहीं

54 क्या आप दवा लेते समय एक्सपाइरी डेट का ध्यान रखते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं (iii)नहीं मालूम

55 आप चिकित्सक की भूमिका को किस दृष्टि से देखते है ?

(i) ईश्वरीय दृष्टि से (ii) सिर्फ डाक्टर की दृष्टि से

(iii) शोषक की दृष्टि से (iv) श्रृद्धा की दृष्टि से

(v) किसी रूप में नहीं

56 मौसमी बीमारियो के सम्बन्ध मे आप क्या करते हैं ?

(i) घरेलू औषधि लेते है (ii) दूसरों की सलाह लेते है

(iii) मेडिकल स्टोर्स से दवा लेते है (iv) चिकित्सक की सलाह लेते हैं

57 अस्पताल से आपको मिलने वाली दवा के बारे में आपका क्या दृष्टिकोण हैं ?

(i) समझ से परे (ii) दवा की विश्वसनीयता के प्रति सन्देह

(iii) अच्छी दवाओ का न होना

58 यदि चिकित्सक अस्पताल में नहीं मिलता तो आपकी दृष्टि से उसके क्या कारण हो सकते है ?

(i) प्राइवेट प्रैक्टिस (ii) पद की प्रति लापरवाह (iii) डाक्टरो की कमी

(iv) चिकित्सको के ऊपर अतिरिक्त भार (v)नहीं मालूम

59 सरकारी चिकित्सा व्यवस्था से आज व्यक्ति असंतुष्ट है। आपकी दृष्टि में इसके लिए कौन – कौन से कारक उत्तरदायी हैं ?

(i) चिकित्सक का न मिलना (ii) चिकित्सक का कड़ा व्यवहार

(iii) चिकित्सक का जातिगत व्यवहार (iv) अनावश्यक औपचारिकता

60 यदि आप किसी चिकित्सक के द्वारा दिए गए परामर्श पर एक बार में ही ठीक हो जाते हैं तो उस चिकित्सक के बारे में आप क्या सोंचते है ?

(i) डाक्टर बहुत योग्य है (ii) डाक्टर आपके लिए भाग्यशाली है

(iii) संयोगवश हो सकता है (iv) भविष्य मे इसी के पास आने की संभावना

(v) पारिवारिक चिकित्सक बनाने की आकांक्षा

61 यदि आप किसी चिकित्सक द्वारा दिए गए परामर्श पर ठीक नहीं होते तो उस चिकित्सक के बारे में आप क्या सोचते हैं ?

(i) डाक्टर अयोग्य है (ii) डाक्टर लापरवाह है

(iii) घर आने को प्रेरित कर रहा है (iv) डाक्टर छुआछूत मान रहा है जिसके कारण वह रोगी को ठीक से नहीं देख रहा।

62 चिकित्सक जो दवा लिखते है उसे आप कैसे खरीदते है ?

(i) सभी दवा एक बार में लेते है (ii) पहले कुछ दिन की लेते हैं

(iii) लिखी गयी दवाओ में से आधी दवा ही लेते है (iv) प्रतिदिन लेते है

63 चिकित्सालय के स्टाफकर्मियों के व्यवहार के बारे में आपका क्या दृष्टकोण है ?

(i) सकारात्मक (ii) नकारात्मक (iii) तटस्थ

64 चिकित्सालय आपके घर से कितनी दूरी पर है ?

(i) 1से 5 कि0मी0 (ii) 5 से 10 कि0मी0 (iii) 10 से 15 कि0मी0

(iv) 15 से 20 कि0मी0 (v) 20 से 25 कि0मी0 (vi) 25 से 30 कि0मी0

65 चिकित्सालय आप किस साधन से जाते है ?

(i) पैदल (ii) बैलगाड़ी (iii) साइकिल (iv) मोटरसाइकिल

(v) टैम्पो (vi) बस (vii) अन्य

66 क्या आपकी दृष्टि में सरकारी चिकित्सालयो में सभी प्रकार की सुविधायें है ?

(i) हां (ii) नहीं (iii) नहीं मालूम

67 क्या आप परिवार नियोजन के साधनों के बारे में डाक्टर से सलाह लेते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

68 क्या आप परिवार नियोजन के साधन अस्पताल से मुक्त ले जाते है ?

(i) हां (ii) नहीं

69 क्या आप किसी झोलाछाप डाक्टर से भी दवा लेते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

70 क्या आपके आसपास कोई ऐसा डाक्टर है जहां आप रात में जा सकें?

(i) हां (ii) नहीं

71 क्या आपके आस – पास कोई महिला डाक्टर या नर्स या दाई है जो प्रसव भलिभाँति करा सके ?

(i) हां (ii) नहीं

72 क्या आपकी राय में चिकित्सालय की दवाएं बेची जाती हैं ?

(i) हां (ii) नहीं (iii) नहीं मालूम

73 आपकी दृष्टि मे संक्रामक बीमारियों से ग्रसित रोगियों के प्रति चिकित्सक का व्यवहार कैसा है ?

(i) गम्भीरतापूर्वक (ii) लापरवाहीपूर्ण (iii) घृणापूर्ण (iv) सहानुभूतिपूर्वक

चिकित्सक से

74 क्या रोगी आपसे गुप्त रोगों के सम्बन्ध में खुलकर चर्चा करते हैं ?

(i) हां (ii) नहीं

75 आपको रोगी को देखने के समय रोगी की कौन सी कमजोरियां उभरकर सामने आती हैं जिससे आपको दिक्कत महसूस होती है ?

(i) भाषा व बोली समझ में न आना (ii) रोग के लक्षणो के बारे में अस्पष्टता

(iii) गंदगी से परिपूर्ण (iv) गंभीर स्थिति में चिकित्सालय आना

76 आप अपनी भूमिका को किस रूप में देखते हैं ?

(i) मानव सेवा के रूप में (ii) व्यवसाय के रूप में

(iii) जीविकोपार्जन के रूप मे (iv) पदानुरूप

77 क्या आप अपनी भूमिका से सन्तुष्ट हैं ?

(i) हां (i) नहीं

78 क्या आप अपने कार्यरत स्थल के क्षेत्र से सन्तुष्ट हैं ?

(i) हां (ii) नहीं (iii) नहीं मालूम

79 आपकी दृष्टि मे रोगी के स्वस्थ न होने के कौन से कारण हो सकते हैं ?

(i) परहेज न करना (ii) दवा समय से न लेना

(iii) उल्टा सीधा दवा खाना (iv) समयानुसार अस्पताल न आना

(v) इलाज पूरा न करना या इलाज आधे पर ही छोड देना

80 क्या रोगी आपसे परिवार नियोजन के साधनों के बारे में चर्चा करता है ?

(i) हां (ii) नहीं

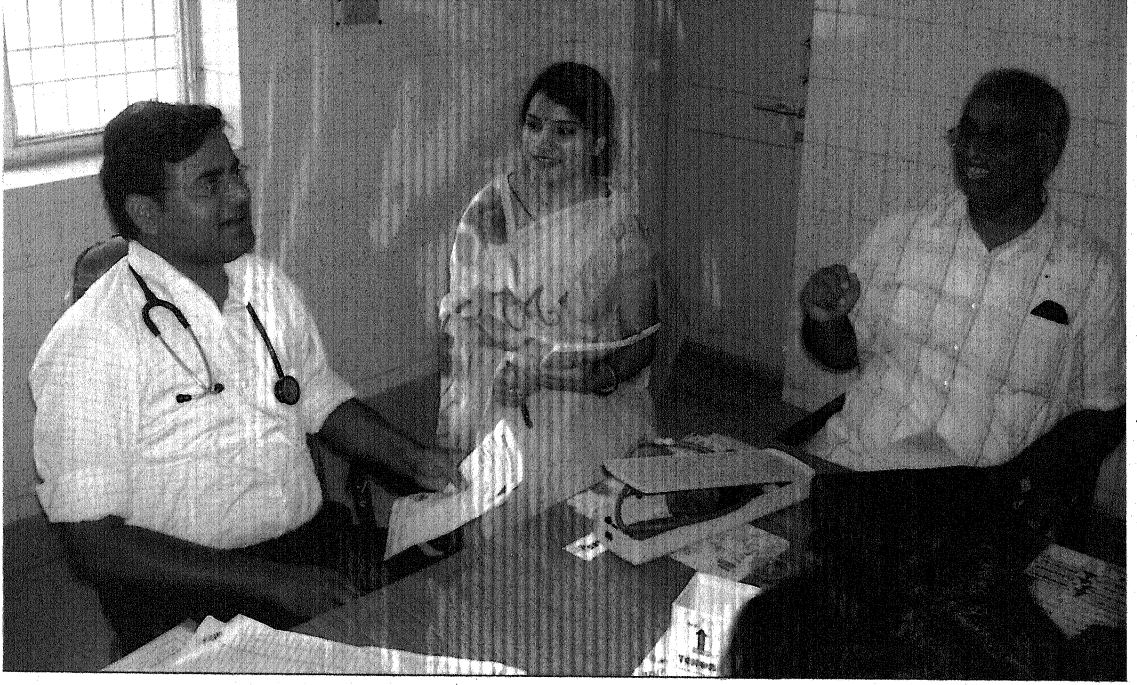
81 आपकी दृष्टि में नवयुवा पीढ़ी का सरकारी चिकित्सकों के प्रति कैसा दृष्टिकोण है ?

(i) सकारात्मक (ii) नकारात्मक (iii) नहीं मालूम

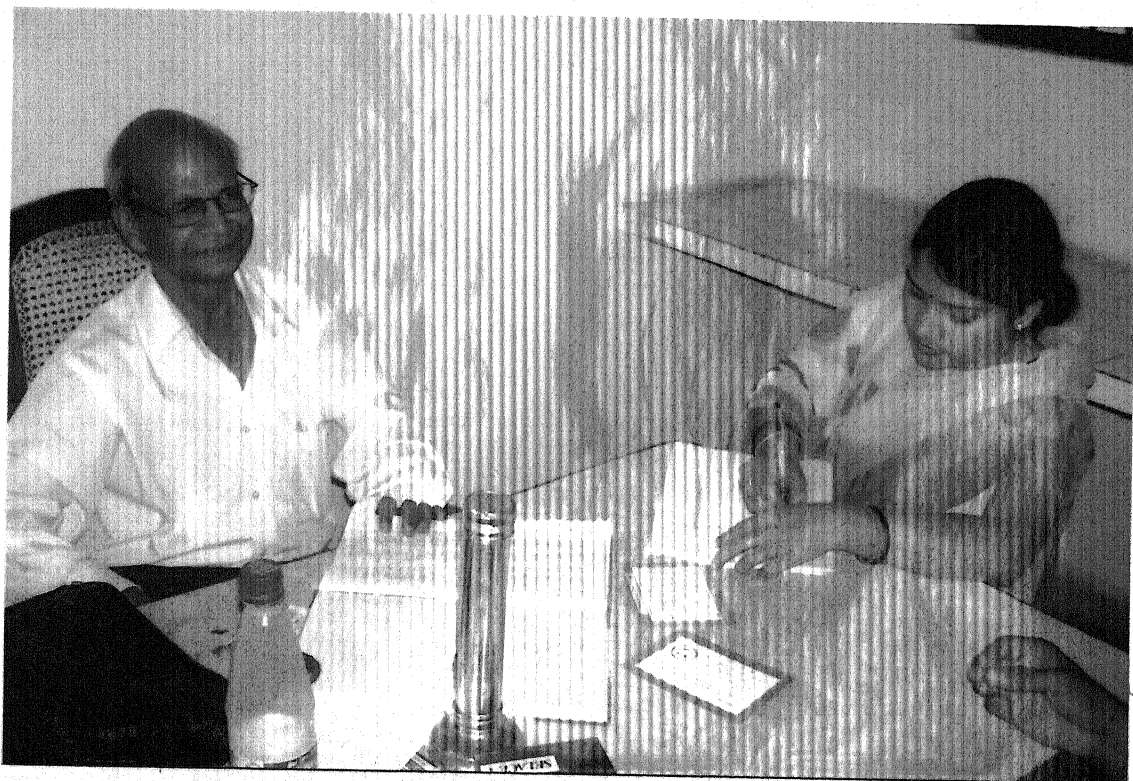
दिनांक.................................. हस्ताक्षर..

....

....

....

सर्जन एवं बाल रोग विशेषज्ञ से साक्षात्कार करते हुए

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक से साक्षात्कार करते हुए

चिकित्सा अधिकारी से साक्षात्कार करते हुए

नेत्र सर्जन से साक्षात्कार करते हुए

जिला महिला चिकित्सालय में प्रवेश करते शोधार्थी

महिला रोग चिकित्सा अधिकारी से साक्षात्कार करते हुए

महिला रोगी से साक्षात्कार करते हुए

हृदय रोग चिकित्सा विभाग में प्रवेश करते हुए शोधार्थिनी

दन्त रोगी से साक्षात्कार करते हुए

नेत्र रोगी से साक्षात्कार करते हुए

नवजात शिशु रोगी के अभिभावक से साक्षात्कार करते हुए

हृदय रोगी से साक्षात्कार करते हुए